21700/B/1

~~Reg 26 187~~

Enc Sci méd Div IV [only vo

ENCYCLOPÉDIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

PARIS. — IMP. DE BÉTHUNE ET PLON,
RUE DE VAUGIRARD, 36.

ENCYCLOPÉDIE

DES

SCIENCES MÉDICALES;

OU

TRAITÉ GÉNÉRAL, MÉTHODIQUE ET COMPLET DES DIVERSES BRANCHES DE L'ART DE GUÉRIR;

PAR MM. BAYLE, BAUDELOCQUE, BEUGNOT, BOUSQUET, BRACHET, BRICHETEAU, CAPURON, CAVENTOU, CAYOL, CLARION, CLOQUET, COTTEREAU, DOUBLE, FUSTER, GERDY, GIBERT, GUÉRARD, LAENNEC, LISFRANC, MALLE, MARTINET, RÉCAMIER, DE SALE, SÉGALAS, SERRES, AUGUSTE THILLAYE, VELPEAU, VIREY.

M. BAYLE, RÉDACTEUR EN CHEF.

QUATRIÈME DIVISION.

OBSTÉTRIQUE

Accouchemens, Maladies des Femmes et des Enfans.

D. Luigi Lo...

PARIS.

AU BUREAU DE L'ENCYCLOPÉDIE,

RUE SERVANDONI, 17.

1839.

WELLCOME
MEDICAL
LIBRARY

Parmi les meilleurs traités généraux qui aient été écrits sur les *accouchements*, *les maladies des femmes et des enfants*, on doit sans doute compter l'ouvrage de M. Burns, publié à Londres sous le titre de *Principles of midwifery*. La meilleure preuve que nous puissions en donner, c'est le succès extraordinaire qu'il a obtenu en Angleterre, puisqu'en 1837 il était déjà parvenu à sa neuvième édition. Ce succès, au reste, est parfaitement mérité. Les principes du professeur de Glascow sont un résumé clair, complet et suffisamment détaillé de l'état actuel de la science obstétricale ; toutes les questions y sont traitées avec les développements convenables, et l'auteur s'est attaché à présenter les acquisitions successives que cette branche des sciences médicales a faites tant en Angleterre que dans les autres pays. Les seuls reproches que nous pourrions lui adresser, et qui ne changent rien au fond même de l'ouvrage, ce sont d'assez nombreuses répétitions que l'auteur paraît avoir faites volontairement pour inculquer davantage les préceptes fondamentaux de son art, et quelques défauts de classification qui lui ont fait admettre dans son cadre certains sujets qui, d'après nous, n'auraient pas dû y entrer, et qui lui en ont fait placer d'autres à une autre place que celle qui leur convient.

Voici la marche de l'auteur : l'ouvrage est divisé en quatre livres :

Le premier livre traite de la structure, des fonctions, et des maladies du bassin et du système utérin dans l'état de non-gestation et pendant la grossesse. Il comprend vingt chapitres relatifs aux objets suivants : les os du bassin, — leurs articulations et leur séparation accidentelle, — leurs parties molles, — les dimensions du bassin, — la marche de la tête

de l'enfant à travers cette partie pendant le travail, — le rétrécissement et les difformités du bassin, — son augmentation de capacité, — les organes extérieurs de la génération, — la menstruation, — l'hystérie, — les maladies de la menstruation, — la cessation des règles, — la conception et le terme de l'accouchement, — l'utérus rempli du produit de la conception, — la stérilité, — la grossesse extra-utérine, — les signes de la grossesse, — les maladies des femmes enceintes.

Le deuxième livre est consacré à la parturition. Il est subdivisé en huit chapitres qui traitent : de la classification des accouchements, — de l'accouchement naturel, — de l'accouchement prématuré, — de l'accouchement laborieux, — des accouchements par les instruments, — de l'accouchement impraticable, — de l'accouchement compliqué.

Le troisième livre a pour objet, sous le nom d'état puerpéral, les maladies des femmes en couches. Il embrasse vingt-cinq chapitres qui portent les titres suivants : traitement après la délivrance, — hémorrhagie utérine, — inversion et rétroversion de l'utérus, — douleurs après l'accouchement, — hystéralgie, — rétention d'une portion du placenta, — strangurie, — pneumonie, — troubles spasmodiques et nerveux, — fièvre éphémère et rémittente, — fièvre de lait, — fièvre miliaire, — fièvre intestinale, — remarques générales sur l'inflammation abdominale et l'état puerpéral, — inflammation de l'utérus, — péritonite, — fièvre puerpérale maligne, — gonflement de la jambe, — paralysie, — manie puerpérale, — bronchocèle, — diarrhée, — inflammation des seins et excoriation du mamelon, — tympanite, — signes qu'une femme vient d'accoucher.

Enfin le quatrième livre traite des maladies des enfants, dans vingt et un chapitres sur : le traitement des enfants, — leurs maladies congéniales et chirurgicales, — la dentition, — les maladies cutanées, — l'irritation et la congestion cérébrale et spinale et la fièvre rémittente, — l'hydrocéphale, — les convulsions et l'éclampsie, — la chorée et la paralysie, — le croup, — la coqueluche, — le catarrhe, — la bronchite, — l'inflammation de la plèvre, de l'estomac et des intestins, — les vomissements, — la diarrhée, — la constipation, — les coliques, — le marasme, le carreau, — les vers, la jaunisse, les maladies du foie, — la fièvre.

Cette traduction a été faite sur la 9e édition des *Principles of midwifery* de M. John Burns, membre de la société royale de Londres, professeur royal de chirurgie à l'université de Glascow, par M. le docteur Galliot, qu'un séjour de plusieurs années à Londres a mis à même de reproduire avec exactitude et fidélité, dans notre langue, l'ouvrage du célèbre accoucheur anglais.

TRAITÉ

DES

ACCOUCHEMENTS,

DES

MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS;

PAR JOHN BURNS,

Professeur royal de chirurgie à l'Université de Glascow, etc.

(Traduit de l'anglais sur la 9e édition parue en 1837.)

PRÉFACE.

En composant cet ouvrage, j'ai tâché autant que possible de procéder d'après la méthode de l'induction. J'ai rassemblé avec soin les différents cas qui ont été publiés, ainsi que mes observations particulières ; j'y ai ajouté les opinions et les avis donnés par les autres, autant qu'ils paraissaient être fondés sur des faits et appuyés par l'expérience. De tout cela j'ai déduit, dans les différentes parties de mon sujet, les symptômes et la pratique à suivre.

Les descriptions anatomiques, je les ai données d'après des dissections et des préparations faites sous mes yeux pendant que j'écrivais.

Si cet ouvrage tombait seulement entre les mains de ceux qui sont aptes à juger dans leur profession, il ferait peu de mal, s'il y avait des fautes ou des lacunes; mais comme il a été répandu prodigieusement, il doit avoir, comme les autres systèmes et les autres ouvrages élémentaires, une influence sur les opinions et la pratique future de ceux qui étudient l'art des accouchements, et il doit devenir utile ou nuisible à la société, suivant l'exactitude des principes qu'il renferme. Quand je considère combien sont importantes les maladies des femmes et des enfants, et combien elles dépendent de la conduite des médecins dans l'accouchement, je sens la haute responsabilité qui pèse sur ceux qui osent donner des leçons d'accouchement. Cependant je crois sincèrement que les préceptes que j'ai inculqués seront conformes à l'expérience, et, à bien examiner le tout, je ne puis dire que j'ai perdu le temps du lecteur en de vaines théories, ou que j'ai ébranlé son opinion par une pure spéculation.

Les corrections de cette édition sont nombreuses, et les additions remplissent presque cinquante pages.

TRAITÉ

DES

ACCOUCHEMENTS.

DE LA STRUCTURE, DES FONCTIONS ET DES MALADIES DU BASSIN ET DU SYSTÈME UTÉRIN, DANS L'ÉTAT DE NON-GESTATION ET PENDANT LA GESTATION.

CHAPITRE Ier.

DES OS DU BASSIN.

SECTION Ire. — *Coup-d'œil général.*

Les préceptes et les règles de la pratique des accouchements sont aisément compris et facilement retenus. Ils sont tirés de la structure et de l'action des parties intéressées dans la parturition, et celui qui connaît bien cette structure et cette action peut, d'après cette connaissance, déduire toutes les règles importantes qui constituent la pratique des accouchements. — Une des premières et des plus importantes parties qui regardent les accouchements, c'est le bassin, qu'il faut examiner, non-seulement à cause de sa connexion avec l'utérus et le vagin, mais aussi à cause de son rapport immédiat avec la délivrance, et à cause des obstacles qu'il oppose, dans plusieurs circonstances, au passage de l'enfant. Le bassin, chez la femme adulte, est composé de trois os; deux sont très-irréguliers, et ne ressemblent à aucun objet, c'est ce qui les a fait appeler les *os innominés*. Ils forment les parties latérales et antérieures du bassin. La partie postérieure est composée d'un os triangulaire, appelé le sacrum. A son extrémité inférieure ou à son sommet, est attaché, par une articulation mobile, un petit os, qui a été nommé coccyx, par sa ressemblance supposée avec le bec d'un coucou. — L'os innominé, chez l'enfant, se compose de trois pièces séparées. La portion supérieure est appelée l'os des îles, ou l'os de la hanche; l'inférieure, l'ischion, qui supporte le poids du corps quand on est assis; et l'antérieure, le plus petit des trois, est appelée le pubis. Ces pièces se réunissent ensemble dans la cavité formée pour recevoir l'os du fémur et sont liées entre elles par un cartilage très-dense, qui, avant l'âge de puberté, se transforme en os, de sorte que les trois différentes pièces se confondent en une seule; et cependant les noms donnés originairement aux os restent encore applicables aux différentes parties qui constituent l'os in-

nominé. On a observé que les femmes qui ont été grosses ont, après leur quarantième année, le centre de la surface plane de l'ischion beaucoup plus mince que celles qui n'ont pas eu d'enfants. — Le sacrum, qui paraît n'être formé que d'un os triangulaire recourbé, est réellement composé de plusieurs pièces qui, chez l'enfant, sont presque aussi distinctes que les vertèbres, avec lesquelles elles ont en vérité une telle ressemblance, qu'elles ont été regardées pour en être la continuation; mais à cause de leur structure imparfaite et de leur prompte réunion, elles ont été appelées les fausses vertèbres. Les os du bassin sont fortement liés entre eux par des ligaments et des cartilages inter-articulaires, et forment un canal très-irrégulier, dont il faut mentionner brièvement les différentes parties.

SECTION II. — *De l'os innominé.*

En étudiant le bassin, nous observons que l'os innominé le partage naturellement en deux parties; la supérieure est mince, large, et irrégulièrement convexe à sa surface postérieure ou externe, concave à sa surface interne, d'où le nom de *fosse iliaque*; limitée par un bord large, s'étendant semi-circulairement d'avant en arrière, et appelé la crête iliaque. La partie inférieure de l'os innominé est très-irrégulière, et forme avec le sacrum la cavité du bassin; la partie supérieure, très-étendue, a peu d'influence sur le travail, et sert principalement à fournir des attaches aux muscles et à supporter les viscères. Dans la partie inférieure, nous avons plusieurs points à noter:

1° Les parties supérieures et inférieures forment l'une avec l'autre un angle marqué par un bord mousse, qui est une continuation de la marge du pubis ou de la partie antérieure de l'os. Elle s'étend depuis la symphyse du pubis jusqu'à la jonction de l'os innominé avec le sacrum, et est appelée le bord ilio-pectiné: il est tout-à-fait mousse et arrondi du côté où les deux portions forment un angle; mais à la partie antérieure, où la partie supérieure manque, il est tranchant, et quelquefois s'élève en une éminence mince comme le tranchant d'un couteau.

2° La portion supérieure cesse exactement vers le milieu de cette ligne, ou juste au-dessus de la cavité cotyloïde, et à sa terminaison, il se détache une éminence arrondie qui domine la cavité cotyloïde, qui s'appelle l'épine iliaque inférieure, pour la distinguer d'une pareille éminence, située à environ un pouce plus haut, appelée l'épine iliaque supérieure.

3° La partie inférieure de l'os est de la plus haute importance; nous y reconnaissons les objets suivants. Sa partie moyenne est large et forme, à l'extérieur, une cavité profonde pour recevoir la tête du fémur. A l'intérieur, précisément derrière cette cavité, elle forme une surface mousse polie au dedans de la cavité du bassin, placée obliquement par rapport au pubis, et formant une douce pente en avant. Le cône que présente la tête de l'enfant descend en avant, pendant le travail, sur cette surface comme sur un plan incliné. Elle peut être appelée surface plane de l'ischion, quoiqu'une partie soit formée par l'ilion.

4° En s'éloignant de la partie postérieure de cet os, à environ deux pouces du bord ilio-pectiné, on trouve une petite éminence appelée l'épine de l'ischion, qui semble empiéter un peu sur la cavité du bassin, et est placée, par rapport au pubis, encore plus obliquement que le plan de l'ischion; elle doit conséquemment tendre à diriger le sommet de la tête, lorsqu'elle descend, encore plus du côté du pubis.

5° Au-dessous de cette éminence, l'ischion se rétrécit de plus en plus, sans cependant s'amincir. Au contraire, il est plus épais, et se termine par une grosse éminence, appelée tubérosité de l'ischion.

6° Ensuite, si nous examinons la partie antérieure de l'os, nous trouvons que, juste en avant de la surface plane de l'ischion, se trouve un large trou dans l'os innominé. Il a en quelque sorte une forme ovalaire, et à la partie supérieure, en dedans du bassin, il y a une dépression dans l'os, qui, suivie par le doigt ou par une sonde, conduit à la surface du bassin. Ce trou est appelé le trou sous-pubien.

7° En avant de ce trou, les deux os innominés se rencontrent, mais ils forment entre eux, à la partie interne, un angle très-obtus, ou plutôt une espèce de surface mousse et arrondie, sur laquelle repose la vessie. Cette jonction est appelée symphyse du pubis.

8° Ces deux os, à l'endroit où ils forment la symphyse, sont unis l'un à l'autre dans l'étendue d'environ un pouce et demi, puis ils dévient et forment un an-

gle, dont les côtés se prolongent jusqu'à la tubérosité de l'ischion. Cette séparation ou déviation se nomme arcade du pubis, construite principalement avec le bord antérieur du trou sous-pubien, consistant en une colonne ou pièce osseuse d'environ un demi-pouce de largeur sur trois lignes d'épaisseur, formée par l'union de la branche du pubis avec celle de l'ischion.

9° A la partie supérieure de la symphyse, ou à très-peu de distance, l'os innominé forme une petite éminence arrondie, appelée l'épine pubienne, où s'insère le ligament de Poupart, et d'où descend obliquement une crête sur la surface externe de l'os, qui s'étend jusqu'à la cavité cotyloïde et domine le trou sous-pubien.

10° En revenant à la partie postérieure de l'os innominé, on trouve qu'après avoir formé la surface plane de l'ischion, il s'étend en arrière pour se joindre au sacrum. Chemin faisant, il forme une échancrure très-grande, dont la concavité regarde en bas. A l'endroit où le sacrum se joint à l'os, cette échancrure devient encore plus distincte; elle est appelée l'échancrure sacro-sciatique, car un côté est formé par l'ischion et a environ deux pouces de longueur, tandis que l'autre est formé principalement par le sacrum, et a environ un demi-pouce de plus en longueur. De forts ligaments s'étendent à la partie inférieure d'un os à l'autre, de sorte que cette échancrure est convertie en un trou régulièrement ovalaire.

11° Enfin, après avoir formé cette échancrure, l'os ischion s'étend en arrière, formant une surface très-irrégulière, pour s'articuler avec le sacrum. A leur jonction, on trouve que l'os innominé forme une crête fort épaisse, saillante, s'étendant en arrière plus loin que les apophyses épineuses du sacrum. Cette crête a environ deux pouces trois quarts de long, et est une continuation de celle de l'ilion, mais elle est dirigée en bas, tandis que si la crête iliaque continuait sa première direction, elle rencontrerait celle du côté opposé, derrière le sommet du sacrum, formant avec elle un demi-cercle complet, tandis que l'autre, prolongée des deux côtés, formerait un angle aigu, et le point de jonction serait vis-à-vis la base du sacrum. De cette crête partent de forts ligaments qui vont au sacrum pour unir les deux os.

SECTION III. — *Du sacrum et du coccyx.*

Le sacrum forme la partie postérieure du bassin. C'est un os triangulaire légèrement recourbé, de sorte que, si l'on tire une ligne d'une extrémité à une autre, la corde de l'arc aura environ quatre pouces, tandis que si l'on mesure la courbure de l'os, on aura un pouce de plus. La largeur de la base du sacrum considéré comme un triangle, a quatre pouces; le centre de cette base est formé, comme la surface du corps de l'une des vertèbres lombaires. Il s'unit avec la dernière de ces vertèbres, formant toutefois avec elle un angle appelé le grand angle ou promontoire du sacrum. De là, l'os se courbe légèrement en dehors de chaque côté vers l'articulation sacro-iliaque, contribuant à former le bord du bassin. — La moitié supérieure et latérale de l'os est large et irrégulière pour l'articulation avec l'os innominé. La surface antérieure de l'os est mousse et concave, mais souvent on observe des crêtes transversales qui marquent la séparation primitive des os du sacrum. On remarque quatre paires de trous, disposés en deux lignes longitudinales sur la surface du sacrum, communiquant avec le canal qui reçoit la continuation de la moelle épinière, et donnant passage aux nerfs sacrés. Ces trous sont un peu obliques en dehors, et entre les deux rangées se trouve une surface unie qui donne attache au rectum. La surface postérieure de l'os est très-irrégulière, et l'on observe : 1° le canal qui s'étend le long de l'os pour recevoir la continuation de la moelle épinière; 2° à la partie supérieure de ce canal, on remarque deux fortes apophyses obliques qui font suite avec celles de la dernière vertèbre lombaire; 3° sur la ligne médiane, derrière le canal, une crête irrégulière, analogue aux épines des vertèbres; 4° le reste de la surface est très-irrégulier et très-raboteux, et on observe sur cette surface postérieure, pour laisser passer les nerfs sacrés à la surface externe, le même nombre d'ouvertures correspondant aux trous sacrés; mais, sur le cadavre, ils sont couverts d'une membrane qui laisse seulement une petite ouverture pour la sortie des faisceaux nerveux.

Le coccyx est un appendice du sacrum, et, comme il forme avec cet os une inclinaison antérieure, le point de jonction a été nommé le petit angle du sacrum. Il est d'abord entièrement cartilagineux

et a une forme cylindrique, mais il s'ossifie graduellement et s'aplatit particulièrement à la partie supérieure, qui a été appelée sa base. Chez l'homme, on le trouve généralement ankylosé avec le sacrum, ou du moins on le remue avec difficulté, mais on le sépare presque toujours par la macération. Chez la femme, il reste mobile, et dans le travail il est refoulé en arrière, de sorte que l'ouverture du bassin devient plus large. Des chutes ou des coups peuvent le luxer, mais si cela reste inaperçu, et si l'os est replacé, une suppuration s'établit autour du rectum, et l'os sort ensuite.

CHAPITRE II.

DE L'ARTICULATION DES OS DU BASSIN ET DE LEUR SÉPARATION OCCASIONNELLE.

SECTION Ire. —*De la symphyse du pubis.*

Les os du bassin sont liés ensemble par des cartilages intermédiaires et de puissants ligaments. Les os innominés s'unissent l'un à l'autre au pubis d'une manière très-forte et particulière. On a supposé qu'ils étaient réunis par un cartilage intermédiaire, mais les observations du docteur Hunter (1) l'ont porté à conclure que chaque os était d'abord revêtu, à son extrémité, de cartilage, et qu'ensuite, entre les deux os, s'interposait une substance médiane, comme celle qui se trouve entre les vertèbres, pour les unir. Cette substance est composée de fibres disposées transversalement. — M. Tenon (2) pense que l'on rencontre tantôt l'un, tantôt l'autre de ces modes. Je suis porté à croire que la description du docteur Hunter est applicable à l'état le plus naturel des parties, qui sont quelquefois unies par une substance fibro-cartilagineuse, mais l'on trouve souvent que ce corps intermédiaire n'est pas plus épais qu'une feuille de papier, que même une substance plus fluide est interposée, ou bien, au contraire, que l'ankylose peut quelquefois avoir lieu, circonstance que le docteur Hunter dit n'avoir jamais vue, mais que j'ai rencontrée quelquefois. Outre ce mode de réunion, il y a de plus une très-forte capsule articulaire, la symphyse étant revêtue de chaque côté de fibres ligamenteuses, qui contribuent grandement à donner de la force au mode d'union; la substance fibro-cartilagineuse intermédiaire s'étend à la partie postérieure, et conjointement avec la capsule, empiète un peu sur le diamètre du bassin. — Le ligament pubien ou sous pubien consiste en une bande fort courte, jetée en travers immédiatement au-dessous de la symphyse, et qui ajoute à sa solidité. Strictement parlant, ce n'est pas un ligament, mais plutôt un fibro-cartilage, comme la substance inter-osseuse. Il a au moins trois lignes de largeur, et s'étend jusqu'en bas des branches, s'amincissant à mesure qu'il se prolonge; il est renfermé dans la capsule fibreuse de la symphyse.

SECTION II.—*Articulation sacro-iliaque.*

Les os innominés sont unis au sacrum par une petite couche de substance fibro-cartilagineuse qui recouvre les deux os. Celle qui appartient au sacrum est la plus épaisse; toutes les deux surfaces sont raboteuses, et l'on trouve entre elles une substance jaunâtre et molle, mais en petite quantité. L'union donc des deux os, si elle dépendait de cette substance intermédiaire, ne pourrait être très-forte, mais elle est excessivement renforcée par des fibres ligamenteuses qui forment le ligament sacro-iliaque, et qui servent de capsule; par derrière, plusieurs bandelettes très fortes passent de la crête de l'ilion à la partie postérieure du sacrum; quelquefois, les os sont unis par ankylose. Inférieurement, l'articulation est fortifiée de deux ligaments larges et forts, qui vont de l'ischion au sacrum, et de là prennent le nom de ligaments sacro-sciatiques. L'interne prend naissance à l'épine de l'ischion; il est très-fort, mais d'abord il n'a pas plus de trois lignes de largeur. Toutefois il s'élargit graduellement, et à son insertion il a un pouce et trois lignes de large. Il va au sacrum et s'implante à la partie inférieure et latérale de cet os et à la partie supérieure du coccyx. Il convertit l'échancrure sacro-sciatique en un trou régulièrement ovalaire, dont l'extrémité inférieure, à cause de la grande expansion du ligament, est aussi ronde et aussi exacte que la supé-

---

(1) Voy. med. obs. and inq., vol. II, p. 333.

(2) Voyez Mém. de l'Institut des sciences, tome VI, p. 172.

rieure. Inférieurement, il forme une expansion semblable, et ses bords, en s'étendant au coccyx, forment une demi-lune. Le ligament externe prend naissance sur le côté du sacrum, et, comme l'autre, il est large à ce point; il marche pendant quelque temps en contact avec le ligament interne et parallèlement à lui, mais ensuite il s'en éloigne et descend pour s'insérer à la tubérosité ischiatique, et quand les ligaments se séparent, leurs surfaces ne sont plus parallèles l'une à l'autre. Il existe, en conséquence de cette séparation, une petite ouverture triangulaire formée entre les ligaments, ou plutôt elle ressemble à un arc dont la corde serait formée par le ligament inférieur, et l'arc, en partie par l'épine ischiatique, en partie par le ligament supérieur.

SECTION III. — *Articulation vertébrale et obliquité du bassin.*

Le bassin s'unit au tronc supérieurement au moyen de la dernière vertèbre lombaire, et inférieurement, aux extrémités par la réception des os de la cuisse dans les cavités cotyloïdes. Il est situé de manière que, lorsque le corps est debout, la partie supérieure du sacrum et les cavités cotyloïdes se trouvent à peu près sur la même ligne verticale; la circonférence du bassin n'est donc ni horizontale ni perpendiculaire à l'horizon, mais oblique. Cette obliquité a été diversement estimée, depuis 35° jusqu'à 60°, et celle du sommet depuis 5° et demi jusqu'à 18°. Naegelé évalue la première depuis 50° jusqu'à 60°, et la seconde depuis 10° jusqu'à 11°; l'extrémité du coccyx a sept ou huit lignes au-dessus du sommet de l'arcade pubienne, et l'angle sacro-vertébral a trois pouces neuf lignes au-dessus du pubis. Il cite deux cas extrêmes : dans l'un la circonférence était presque verticale, et les organes de la génération étaient dirigés tellement en arrière que le mode du coït était renversé. Dans l'autre cas, la circonférence était plus horizontale, et les organes de la génération dirigés en avant ainsi que l'anus (1). Et pour peu que l'on fasse attention à la plus ou moins grande courbure des vertèbres lombaires chez les différents individus, l'on se convaincra que l'obliquité du bassin doit varier.

(1) Archives, XIV, 259.

Si les ligaments du bassin se relâchaient, le sacrum, à cause de son obliquité, tendrait à tomber directement vers le pubis, et les os innominés s'écarteraient de chaque côté. Mais la structure des parties ajoute grandement à la force des ligaments, car il est d'observation que, dans la station et dans les différents mouvements du corps, les membres réagissent sur le bassin, et les têtes des fémurs, en pressant sur les deux cavités, forcent les os innominés à se rapprocher davantage l'un de l'autre du côté de la symphyse, et postérieurement à reposer plus solidement sur le sacrum. Réellement il n'est pas possible de séparer les os du bassin, à moins que les ligaments qui les unissent ne soient malades, ou qu'une force extérieure soit appliquée de manière à agir partiellement et inégalement sur le bassin.

SECTION IV. — *Séparation des os.*

La symphyse du pubis a été entr'ouverte par une violence extérieure : tel est le cas rapporté par le docteur Greene (1). L'articulation sacro-iliaque peut aussi être séparée, comme dans le cas du jeune paysan cité par M. Louis (2).—Après quelque affection morbide, la symphyse peut céder et se relâcher pendant la grossesse, ou peut être séparée pendant le travail. Les uns ont été portés à considérer ceci comme une opération uniforme de la nature, dans l'intention de faciliter la sortie de l'enfant; d'autres, qui ne peuvent aller aussi loin, ont néanmoins conjecturé que les ligaments deviennent un peu plus lâches, et ont fondé cette opinion sur le fait supposé du bassin des quadrupèdes, qui éprouve ce relâchement. Mais la vérité est que cette séparation n'est pas un avantage, mais un mal sérieux; et, dans les cas de bassin mal conformé, lorsque naturellement on désirerait cette opération, si elle existait réellement, on n'observe pas qu'elle ait lieu (3). Cependant il n'y a pas de

(1) Phil. Transact., n° 484.

(2) Voy. Mém. de l'Acad. de chirurg., tom. IV, p. 63.

(3) Désault et Béclard prétendent que les articulations se relâchent, et Boyer dit que, dans un cas, il trouva l'articulation sacro-iliaque séparée dans l'étendue d'un demi-pouce; Chaussier dit qu'il a trouvé la symphyse pubienne encore plus séparée dans un travail facile. Gar-

doute que souvent les articulations ne se ramollissent, et que la symphyse ne soit plus aisément disjointe qu'auparavant, mais il n'existe aucune séparation.

Quand une personne est debout, la pression s'opère sur la symphyse, et par conséquent, si elle est malade, de la douleur s'y fera sentir. Dans la marche, la pression a lieu alternativement sur les deux cavités cotyloïdes, et les os innominés sont mus par de forts muscles, qui s'y implantent pour aller de là aux fémurs, de sorte qu'il y a tendance à ce qu'un os du pubis soit élevé au-dessus de l'autre; mais, dans l'état sain des parties, elle est suffisamment contre-balancée par les ligaments. Cependant, dans l'état malade ou dans un cas de séparation des os, il n'y a pas le même obstacle à ce mouvement; de là la marche doit être très-pénible ou entièrement impossible. La station a aussi un effet sur la symphyse, comme je l'ai mentionné: mais quelquefois la personne en fixant un os innominé avec tous les muscles qui s'y attachent, et en jetant tout le poids du corps de ce côté, peut se tenir debout pendant quelque temps sur une jambe plus facilement que sur les deux. C'est ce qui arrive quand un os innominé a été plus fatigué que l'autre dans l'articulation sacro-iliaque; la personne peut se tenir debout plus aisément sur le côté le plus sain. La malade, surtout si le relâchement des ligaments est accompagné de celui des attaches de l'utérus, croise aussi instinctivement ses jambes dans la station, et par là obtient du soulagement.

D'après ces observations, on peut connaître les conséquences fâcheuses d'une séparation des os, et aussi les circonstances qui nous portent à soupçonner qu'elle existe. Si les os sont entièrement séparés, alors, en plaçant le doigt derrière la symphyse et le pouce en avant, on peut percevoir promptement un déplacement des os, quand la cuisse est élevée. — Le muscle droit s'insère sur le bord supérieur du pubis par un tendon mince, mais fort, tandis qu'une aponévrose, appartenant au muscle, part de l'os et s'étend à un pouce et demi sur sa surface interne. Il est de plus bordé d'une feuille de fascia, qui se continue avec le fascia profond du bassin et le fascia transversalis. Plus loin, chaque muscle envoie une bandelette de substance tendineuse qui va au tubercule du côté opposé, et se continue avec le ligament de Poupart. Ces tendons forment entre eux un angle, et au point où l'angle est formé, non-seulement ils sont unis l'un à l'autre, mais ils le sont aussi jusqu'à la terminaison de la ligne blanche, ou à l'union des muscles droits, de manière à former une espèce d'arcade qui donne attache au muscle, et qui, lorsqu'elle est distendue, sert aussi à resserrer le ligament de Poupart. Extérieurement, à l'insertion des muscles droits, le tendon de l'oblique interne s'implante sur le bord du pubis, tandis qu'une partie des piliers de l'oblique externe s'étend des deux côtés sur la surface de la symphyse, eu égard en partie à la trop grande extension de la texture fibreuse, en partie à la surexcitation qui suit la grossesse; les parties environnant le pubis, et particulièrement la vessie et l'urètre, et même toute la vulve, peuvent devenir très-sensibles. Cette sensibilité peut se communiquer à la symphyse, ou bien une excitation moins grande que celle que nous venons de mentionner peut exister, qui, dans des cas particuliers, s'étend à l'articulation, et y produit, soit une augmentation de la sécrétion du fluide interstitiel dans le cartilage intermédiaire, et détruit ainsi la ferme adhérence des

---

dien observe que cela n'arrive que lorsqu'il y a une prédisposition; car la tête est trop molle pour forcer les os du bassin à se séparer. Paré et Louis, et dernièrement Piet, supposent que la séparation provient du gonflement des cartilages et de la simple extension des ligaments, opinion que Chaussier dit avoir confirmée par la dissection. Baudelocque, d'un autre côté, soutient que cela provient seulement de l'extension du ligament, et que les cartilages restent aussi épais. Pinault pensait que l'action du relâchement pouvait être favorisée par l'usage des bains et des saignées; mais ceci est pleinement réfuté par Gardien, quoique tous les deux pensent que le relâchement est utile. Cependant les calculateurs du continent admettent que, pour gagner deux lignes dans le diamètre antéro-postérieur, il faut que l'écartement du pubis ait un pouce d'étendue, peut-être pour répondre à l'objection que l'on pourrait faire contre l'utilité de cette séparation naturelle, Plessman dit que toutes les trois articulations se relâchent simultanément, et que par là on gagne un avantage plus grand, et chaque articulation séparément est moins lésée. Maygrier émet la même opinion.

os, ou bien occasionne une sensibilité dans la partie qui rend, tout mouvement douloureux. Dans l'un et l'autre cas, un effort peut produire une séparation, et quelquefois cela est arrivé. La séparation est toujours suivie de gêne et souvent de danger, surtout quand elle arrive pendant l'accouchement, car des abcès peuvent survenir, et la malade succomber à une fièvre hectique, ou l'inflammation peut se communiquer au péritoine, et la malade mourir dans de vives douleurs. Quand l'accident survient pendant la grossesse, il arrive quelquefois graduellement, par suite d'une augmentation dans le relâchement de l'articulation, après une excitation lente, mais continuelle; dans d'autres cas, il arrive brusquement après quelque effort. Il peut survenir depuis le second jusqu'au neuvième mois, et il se manifeste par les symptômes ci-dessus mentionnés, comme de la douleur au pubis, de la strangurie, de la gêne dans les mouvements. Dans quelques cas, il survient une fièvre considérable, mais en général les symptômes ne sont pas dangereux, et je ne connais pas un seul cas qui se soit terminé d'une manière fatale avant la délivrance. Le repos absolu, l'application d'un fort et large bandage autour du bassin, pour tenir les os en regard, la saignée et le régime antiphlogistique, s'il y a de la fièvre et beaucoup de douleur, sont les principaux points de la pratique. Et il ne faut pas oublier pour un moment que, quoique les symptômes aient disparu par cette méthode, la malade, pendant le reste de sa grossesse et au temps de l'accouchement, est sujette à un renouvellement de relâchement ou de séparation, par des causes qui, dans toute autre circonstance, n'auraient produit aucun effet. Autant que j'ai pu le savoir, une femme qui a eu cette séparation dans une grossesse n'est point en général sujette à une rechute dans une seconde grossesse, quoique cette observation souffre des exceptions particulières (1). — Quand la séparation survient pendant l'accouchement, elle a lieu quelquefois dans un bassin qui paraissait être sain; mais le plus souvent on remarque, pendant la période de la gestation, des symptômes de maladie vers la symphyse, de sorte que, bien loin que le travail devienne plus facile, souvent la femme souffre davantage, lorsque la symphyse est préalablement relâchée. Les premiers effets immédiats sont les mêmes que lorsque l'accident arrive pendant la grossesse, mais les symptômes consécutifs sont souvent beaucoup plus terribles et dangereux, et la tendance à l'inflammation est très-grande. La douleur peut être légère ou intolérable, suivant la sensibilité des parties; mais même dans les cas les plus simples, il faut une grande circonspection, vu qu'une forte inflammation est survenue quinze jours même après l'accident. Les remèdes employés dans le premier cas doivent être appliqués avec rigueur, et la malade devra tenir ses jambes serrées l'une contre l'autre, et se coucher principalement sur le dos. Si la séparation a été légère, la réunion peut se faire dans quelques semaines, quelquefois dans un mois (1); mais si elle a été grande, il peut se passer plusieurs mois et même des années avant que la guérison soit complète, et dans ces cas, il est probable qu'à la fin il se formera une ankylose. Les bains froids ou les douches, qui conviennent mieux dans ce cas que le bain par immersion, sont très-utiles pour favoriser la guérison, et, le bandage devra être maintenu appliqué avec beaucoup de soin. Soit à cause de la violence de l'accident ou de l'état particulier des parties, il arrive quelquefois qu'une inflammation très-considérable se déclare dans la symphyse, mais il est de remarque que les symptômes ne sont point uniformément proportionnés dans leur gravité au degré de la séparation. L'inflammation se fait connaître par la fièvre, accompagnée d'une douleur aiguë vers la partie inférieure du ventre que les mouvements augmentent considérablement, et qui est consécutive aux premiers signes; quelquefois, dès le premier abord, la dou-

(1) Le docteur Denman cite un cas où la malade, dans trois grossesses successives, alla de plus en plus mal, et ne fut qu'après huit ans qu'elle put guérir de l'infirmité qu'avait produite le troisième accouchement.

(1) Dans un cas où la symphyse était divisée, la malade put marcher au quinzième jour. — Dans le cas du docteur Smollet, quoiqu'au huitième mois de la gestation, on trouva les os chevauchant l'un au-dessus de l'autre. Cependant la femme fut guérie dans les deux mois après la délivrance. — Smellie, vol. II, col. 1, n. 1, c. 2.

leur est très-vive, et souvent elle est accompagnée d'un trouble sympathique dans l'estomac et dans les intestins, comme de vomissements, de nausées, de diarrhée, etc. Ensuite du pus se forme, et une fièvre hectique bien marquée survient chez la malade. Elle doit être traitée d'abord par les remèdes ordinaires pour abattre l'inflammation, tels que les évacuations sanguines générales et locales, les fomentations et les laxatifs. Quand le pus est formé, il faut examiner soigneusement la place où il est le plus superficiel, et lui donner issue par une petite ponction (1). — L'inflammation peut se communiquer au péritoine, causer une forte douleur dans le bas-ventre, de la tuméfaction et de la fièvre, et presque toujours elle devient fatale, quoique la malade vive jusqu'à ce que des abcès soient formés dans la substance cellulaire de l'intérieur du bassin. Si quelque chose peut la sauver, ce doit être un prompt emploi des saignées et des sangsues.

Dans presque tous les cas de séparation considérable du pubis, la douleur s'est fait sentir dans les lombes, quoique l'articulation au sacrum fût intacte, et que les os du pubis fussent très-peu déplacés. Mais quand la séparation est complète et s'étend un peu, alors l'articulation du sacrum avec les os innominés (1), surtout avec l'un d'eux, est plus endommagée (2), et la personne est boiteuse d'un ou des deux côtés; elle éprouve une douleur aiguë dans la crête iliaque postérieure (3), et dans la région des psoas et des muscles fessiers. La maladie peut

---

(1) Pour faire connaître cette maladie je vais citer succinctement un cas rapporté par Louis dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*. Une femme dans le deuxième mois de sa grossesse, après avoir poussé un tiroir avec le pied, sentit une vive douleur à la partie inférieure du ventre, que chaque changement de position rendait plus forte, et en même temps elle se plaignit de strangurie; elle fut saignée, purgée et maintenue en repos. Par ce moyen, et surtout par le dernier, elle alla mieux. Mais dans les deux derniers mois de sa grossesse, les symptômes reparurent, de sorte qu'elle ne put ni marcher ni même se tourner dans le lit sans de vives douleurs. Mais sa plus grande souffrance avait lieu lorsqu'elle soulevait les jambes pour tirer ses bas, car alors les os étaient fortement mis en jeu; une petite fièvre hectique parut alors. Elle accoucha facilement; mais le troisième jour au soir, en faisant des efforts pour aller à la selle après avoir pris un lavement, la douleur, qui l'avait peu inquiétée depuis les couches, revint avec plus d'intensité que jamais. Au cinquième jour, le pouls était très-fréquent, elle transpira abondamment, son air devint farouche, et elle eut des symptômes d'un délire prochain Dans l'après-midi, le pouls devint plein et tendu, avec vertige et battement des artères de la tête. La douleur à la symphyse était atroce, et, malgré les fomentations et les saignées répétées jusqu'à sept fois, elle n'obtint aucun soulagement. Le huitième jour, la douleur se calma; mais elle se répandit sur le reste du bassin, affectant particulièrement la hanche et le sacrum. Le onzième jour, elle mourut. — A l'ouverture du cadavre, on trouva une séparation des os du pubis; mais la capsule était entière et très-distendue; elle contenait environ une once et demie de pus. L'évacuation à temps de ce pus aurait-elle pu sauver la malade? C'est une question qui mérite notre attention. Je suis disposé à répondre par l'affirmative, en observant que chaque fois que la malade est revenue dans de pareilles circonstances, il est arrivé constamment qu'une suppuration s'est établie.

(1) Le docteur Lawrence a montré au docteur Smellie un bassin où tous les os étaient séparés dans l'étendue d'un pouce.

(2) Dans un cas rapporté par de la Malle, la douleur ne s'est fait sentir que le quatorzième jour après la délivrance, et commença dans l'aine. La malade ne pouvait remuer la jambe, et eut une fièvre aiguë qui devint fatale. On trouva le sacrum séparé de trois lignes de l'ilion. — Dans l'opération qui consiste à diviser le pubis sur une femme en couches, on trouva qu'un côté cédait plus que l'autre, et par conséquent ce côté-là fatiguait plus au sacrum. — (*Baudelocque*, l'art. cet., 2063.)

(3) Le docteur Smellie rapporte un cas où, pendant le travail, la femme éprouva une vive douleur à la symphyse sacro-iliaque droite. Le cinquième jour, cette douleur était extrêmement violente et accompagnée de fièvre aiguë. Mais les symptômes furent calmés par la saignée, un lavement et des fomentations qui produisirent une transpiration copieuse. La malade ne put marcher pendant cinq ou six mois sans béquilles. Mais elle recouvra l'usage de son membre par le moyen de bains froids. (Coll. I, n. I, c. I.)

aussi commencer dans l'articulation sacro-iliaque, et la symphyse être peu attaquée. Les principes généraux de traitement sont les mêmes que dans le cas précédent. Quand la suppuration s'établit autour de l'articulation sacro-iliaque, le danger est de beaucoup augmenté. — Un léger tiraillement du ligament sacro-sciatique est accompagné d'un état semblable, seulement à un plus haut degré, des muscles, comme le releveur de l'anus, ou le pyramidal, ou les deux à la fois. La marche cause de la douleur, qui se fait sentir en arrière, le long du côté du bassin, à son sommet, ou bien auprès du périnée et à la partie interne de la cuisse, ou, dans le cas du pyramidal, elle s'étend autour du trochanter. Le repos et l'emploi d'un bandage sont les meilleurs remèdes. — Dans tous les cas de séparation, quand la malade a repris assez de forces pour pouvoir se remuer, l'usage des bains froids hâte la guérison ; cependant il faut faire la plus grande attention à la santé générale, et si quelque symptôme alarmant survenait, il faudrait le combattre par les remèdes convenables.

CHAPITRE III.

DES PARTIES MOLLES DU BASSIN.

SECTION Ire. — *Des muscles.*

Différents muscles forts et larges vont des épines iliaques et du bassin aux fémurs, et agissent comme des liens puissants qui donnent une très-grande force aux articulations pelviennes. Il n'est pas nécessaire de les décrire, mais il sera utile de mentionner brièvement les parties molles qui tapissent le bassin, et qui peuvent être mises en jeu par la tête de l'enfant pendant le travail.

1° Après avoir ôté le péritoine et le fascia de la cavité pelvienne, on observe d'abord que toute la portion postérieure de l'os innominé et une partie du sacrum sont recouvertes d'une couche de fibres musculaires qui prennent naissance un peu au-dessous de la circonférence du bassin, et peuvent être suivies jusqu'à l'extrémité du rectum ; c'est le releveur de l'anus, muscle fort, composé de plusieurs fibres tendineuses et nacrées, particulièrement à la partie antérieure, où il tapisse les os du pubis; il ne naît pas généralement du centre du pubis, mais seulement de la partie externe de la portion mousse des os, et s'étend entre la symphyse et le bord du trou sus-pubien. Né d'une ligne tendineuse qui traverse l'obturateur interne, il continue à se diriger en arrière jusqu'à l'épine de l'ischion. Ses fibres tendent vers le péritoine et l'anus, de sorte que le muscle ferme en partie l'ouverture du bassin, non comme un entonnoir, à qui il a été comparé, car, étant incomplet en avant et en arrière, il ressemble à deux plans inclinés qui, partis de chaque côté, viendraient se joindre à l'intérieur pour contenir les organes du bassin. La partie antérieure de l'ouverture pelvienne ne peut évidemment être entièrement occupée ni fermée par ce muscle, car il descend du pubis en formant avec ses bords, soit un demi-cercle ou un angle plus ou moins aigu, qui embrasse les parties latérales du vagin, ou si l'origine du muscle est très-près de la symphyse, ses bords descendent accollés contre les parois de l'urètre et du vagin. Les fibres continuent leur direction pour se terminer à l'extrémité du rectum, du sphincter de l'anus, du péritoine, et sur le vagin, à environ neuf lignes de son orifice. Le vagin ne perce pas le muscle, mais le muscle tourne autour de ses parois, de sorte que l'on pourrait dire que le vagin s'appuie dessus dans son trajet. En effet, dans beaucoup de cas, le releveur semble appartenir autant au vagin qu'au rectum, quoique toujours plus fort pour celui-ci. Mais, outre le soutien apporté par le releveur de l'anus, qui manque quelquefois, l'aponévrose pelvienne est d'un grand secours ; celle-ci, un peu au-dessous du bord du bassin, se divise en deux feuillets; l'interne se réfléchit comme le péritoine, mais derrière lui, sur la vessie, la partie supérieure du vagin, le col de l'utérus et du rectum, comme je le dirai dans la suite. Le feuillet externe, ou celui qui passe en bas sur l'obturateur interne, est très-fort. Il descend sur la partie externe du releveur de l'anus jusqu'à l'ouverture du bassin, adhérant fortement aux branches du pubis et de l'ischion, ou à toute la circonférence osseuse, et se prolonge en partie jusqu'aux muscles ; mais une portion très-importante de cette aponévrose se trouve à l'arcade pubienne, car là elle forme un feuillet très-fort, s'étendant à travers la partie supérieure ou antérieure de l'ouverture pelvienne, et ressemble, comme on l'a appelée, au ligament trian-

gulaire de l'homme ; l'urètre passe, comme dans l'autre sexe, soit à travers le ligament, à son extrémité latérale, ou bien, dans les deux cas, il peut passer tout auprès du bord même, y étant fortement et intimement uni par une production de tissu ou une portion détachée de la substance aponévrotique. Chez différents sujets, la dissection ferait penser que tantôt l'un ou l'autre mode existe. Ordinairement l'urètre, chez la femme, passe librement à travers, c'est-à-dire qu'il n'y est point fortement uni, tandis que le releveur se dirige le long de l'urètre, à la partie interne de ce ligament triangulaire. Ce ligament, ou plutôt cette aponévrose, s'étend sur les deux côtés du vagin, et se prolonge en avant sur son extrémité, vers son orifice, et se perd ainsi insensiblement. Un pareil prolongement, mais de très-petite importance, accompagne l'urètre. Il est donc évident que les viscères du bassin doivent être maintenus, et que l'ouverture pelvienne doit être fermée, non-seulement par le plan périnéal, la substance épaisse qui le compose, et ses muscles transverses, mais aussi et essentiellement par le releveur de l'anus, par le ligament triangulaire et les prolongements de l'aponévrose profonde du bassin. Mais, outre ces plans que l'on peut appeler internes, on trouve, comme on le décrira de nouveau, qu'une aponévrose forte et externe peut être suivie depuis le muscle fessier jusque sur le périnée et sur les grandes et petites lèvres, et qu'un feuillet plus profond s'étend largement entre l'ischion et le coccyx, tapissant et maintenant dans cet endroit le releveur de l'anus et les parois du rectum, et s'unissant ensuite avec les ligaments sacro-sciatiques. Ainsi l'ouverture du bassin est partout fermée, et les parties de l'intérieur sont supportées par des fibres musculaires, par des aponévroses et par les forts et larges ligaments sacro-sciatiques, excepté aux orifices des conduits. Le rectum, à la vérité, est fermé par son sphincter, tandis que la direction oblique du vagin et ses rapports rendent la présence d'un sphincter moins nécessaire, quoiqu'il n'en soit pas entièrement dépourvu. L'importance de ces recherches sera sentie quand nous parlerons de la production du prolapsus de l'utérus. Dans la grossesse, quelques-unes de ces parties doivent être plus ou moins distendues et relâchées, et dans le travail, les muscles et les fascia doivent être à la fois fortement distendus. Mais comme l'anus est porté en avant pendant le passage de la tête de l'enfant, les fibres du releveur passant le long du vagin ne sont pas aussi distendues qu'elles le seraient dans le cas contraire : cependant le manque de support ou un prolapsus est à craindre, ce qui a été vu après l'accouchement. Quand, dans le travail, la tête est entrée dans le bassin, on sent quelquefois l'aponévrose tendue par derrière comme un ligament, à travers le rectum, et s'étendant jusqu'aux parois du bassin, et quelquefois les matières fécales, s'accumulant dans le rectum au-dessus du feuillet recto-vaginal, peuvent produire une espèce de sac. Si ce ligament est porté un peu plus en avant à force d'être tendu, il peut être déprimé en bas aussi bien qu'en arrière, ce qui devrait être sa seule direction, et alors non-seulement il présente quelque résistance au front de l'enfant, et l'on sait combien la moindre résistance retarde quelquefois le travail, et détermine une mauvaise position, mais encore il est fortement distendu, et contribue plus tard à la production d'un prolapsus.

2° A la partie externe du releveur de l'anus, de chaque côté, on voit, de la membrane qui remplit le trou sous-pubien, et aussi des bords du trou et de la surface interne de l'ischion, s'élever l'obturateur interne, qui forme de ce côté un doux coussin musculaire dont les fibres vont, en arrière et en bas, se terminer en un tendon qui passe sur l'échancrure sacro-sciatique, s'y réfléchissant comme sur une poulie, pour arriver à la base du trochanter.

3° On remarque ensuite le pyramidal, qui prend naissance à la partie inférieure et concave du sacrum, passant aussi par l'échancrure pour s'insérer avec l'obturateur ; et, dans un travail laborieux, la pression que supportent ces muscles est une cause du malaise qui se fait sentir quand on remue les cuisses.

4° De l'épine ischiatique part le coccygien, qui se dirige en arrière pour s'insérer sur le côté du coccyx, afin de le mouvoir et le soutenir ; il devient de plus en plus large à mesure qu'il s'éloigne de son origine et s'étend sur la partie interne du ligament sacro-sciatique. Ainsi la cavité pelvienne est tapissée de substance musculaire dont les fibres sont disposées dans un ordre régulier, et que l'on aperçoit lorsqu'on enlève le péritoine et son tissu cellulaire.

5° A la partie supérieure de l'os innominé, on trouve toute la cavité iliaque remplie par le muscle iliaque, dont le tendon passe sur la partie antérieure du bassin pour gagner le trochanter. Une partie de ce muscle est recouverte par le psoas, qui vient des vertèbres lombaires, glisse le long des bords du bassin pour sortir avec le muscle précédent. Quoique placé sur le bord, il ne proémine pas de manière à diminuer sensiblement la cavité pelvienne. Ces muscles présentent un doux support aux intestins et à l'utérus dans l'état de grossesse.

SECTION II. — *Des artères du bassin.*

Parallèlement au bord interne du psoas et sur la circonférence du bassin, le long de la moitié postérieure de la ligne ilio-pectinée, on trouve l'artère et la veine iliaques ; celle-ci, dans la moitié supérieure de son cours, est appliquée sur la veine, et dans la moitié inférieure, elle se trouve à sa partie externe ; quand elles sont remplies, surtout la veine, elles empiètent un peu sur la circonférence. A environ trois pouces de la symphyse, elles quittent le bord du bassin, se dirigeant plutôt en dehors, sur la partie qui forme la voûte de la cavité cotyloïde, et sortent avec le psoas. La grande partie des artères et des veines qui alimentent le bassin et les extrémités inférieures sont placées à l'articulation sacro-iliaque. Les vaisseaux iliaques sont situés de manière à échapper à la pression pendant le travail, quand la tête entre dans la cavité pelvienne; mais les vaisseaux hypogastriques sont plus ou moins comprimés, suivant le volume et la position de la tête; cependant la circulation n'est jamais interrompue.

SECTION III.—*Des nerfs du bassin.*

Les nerfs sont d'une grande importance. D'abord l'on remarque : 1° le dernier nerf dorsal qui, après avoir percé le péritoine, longe le bord inférieur de la dernière côte. Il se divise en deux ou trois branches qui vont aux muscles abdominaux, et l'une se dirige en dehors de la crête iliaque pour aller à l'aponévrose et à la peau, se distribuant au fessier et au tenseur de l'aponévrose, etc. Le dernier nerf intercostal envoie aussi des branches à la partie supérieure des parois abdominales. 2° Le premier nerf lombaire se divise en deux branches: l'une, appelée ilio-lombaire, se dirige assez loin en arrière entre le petit oblique et le transverse, auxquels elle se distribue; puis elle continue sa marche à environ un pouce au-dessus de la crête, et se perd dans les muscles abdominaux. L'autre branche, l'ilio-pubienne, se dirige aussi vers la partie postérieure de la crête, mais ne s'étend pas au-dessus. Seulement, le long de sa portion interne, elle est cachée par le fascia iliaca jusqu'à ce qu'elle gagne le milieu de la crête; alors elle descend entre le muscle petit oblique et le transverse, auxquels elle fournit des rameaux; puis, en se continuant, elle passe sur le premier muscle, se dirige entre lui et le tendon du grand oblique, gagne le bord supérieur du ligament rond, sort avec lui par l'ouverture inférieure du canal inguinal, pour se distribuer au pubis et aux grandes lèvres ; 3° le second nerf lombaire donne le nerf cutané externe qui descend sur le muscle iliaque, et que l'on voit à travers le fascia, se diriger dans l'espace compris entre les épines iliaque supérieure et inférieure, d'où il sort pour se distribuer au côté de la cuisse, jusqu'au genou. 4° Le même nerf lombaire fournit aussi la branche génito-crurale, qui se dirige plus intérieurement que le cutané externe. Il se divise bientôt en deux branches, dont l'une passe par l'ouverture supérieure du canal inguinal avec le ligament rond, et va avec lui aux grandes lèvres, l'autre passe sous le ligament de Poupart pour se rendre à l'aine. 5° La seconde paire s'unit avec la troisième et la quatrième lombaires pour former le nerf crural, qui descend entre le psoas et le muscle iliaque, sort dessous le ligament de Poupart pour se distribuer à la peau et aux muscles de la cuisse, et même à la jambe. 6° Du troisième et du quatrième nerf lombaire, naît le nerf obturateur, qui longe les parois de la cavité pelvienne à environ neuf lignes au-dessous du bord du trou sous-pubien, à travers lequel il passe, recouvert par les muscles de la cuisse. 7° Les trois premiers nerfs sacrés se joignent avec le cinquième et une partie du quatrième lombaire pour former le plexus sacré, qui a environ un pouce de large et quinze lignes de long, appuyé principalement sur le muscle pyramidal. Les nerfs sacrés cependant ne naissent pas de la région du sacrum, mais viennent de la portion lombaire de la moelle épinière, point essentiel qu'il faut retenir dans le traitement de quelques maladies. Or, ce

plexus, outre qu'il fournit les nerfs fessiers, forme le grand nerf sacro-sciatique, et fournit aussi le nerf honteux, qui suit la direction de l'artère, et en rentrant dans le bassin, il donne des branches au rectum, etc., et puis se dirige comme on le décrira dans la suite. 8° Le troisième nerf sacré, non-seulement s'unit au plexus, mais envoie une branche pour se joindre à la quatrième paire et former les nerfs hémorrhoïdaux qui, avec une branche hémorrhoïdale venant du nerf honteux, se distribue à l'anus et à la substance cellulaire circonvoisine. 9° Le cinquième nerf sacré va au muscle coccygien, etc. Enfin les ganglions lombaires du nerf sympathique reposent sur les vertèbres et sur le bord interne du psoas, et communiquent avec les nerfs spinaux, en recevant chacun une branche assez forte. Le nerf sympathique descend dans le bassin, jusque dans la cavité entre le psoas et le promontoire du sacrum, de sorte qu'il n'est nullement lésé dans le travail. Les ganglions sacrés sont situés sur le trou sous-pubien, ou un peu à sa partie externe sur les côtés du rectum.

L'anastomose du nerf sympathique avec les nerfs spinaux sert à expliquer beaucoup de maladies. Les affections des derniers nerfs sacrés ont une grande influence dans la production des sensations pénibles, comme celle de la pesanteur, quand bien même il y aurait peu de relâchement; et sans doute ces maladies peuvent, en affaiblissant les muscles, devenir une cause active du prolapsus de l'utérus ou du relâchement du vagin. La névralgie du nerf honteux ou l'irritabilité et la sensibilité des parties auxquelles il se distribue, seront plus tard décrites. Le dernier nerf dorsal et ses branches, ainsi que celles des premiers nerfs lombaires, sont souvent le siége d'une vive douleur pendant le cours de la grossesse; et je ne doute pas que dans plusieurs maladies qui suivent les couches, différents nerfs n'aient été tiraillés dans les différentes périodes du travail. Dans le commencement, le nerf crural antérieur et les nerfs qui le forment peuvent être irrités ou excités, et produire de la douleur dans la partie antérieure de la cuisse; ensuite l'obturateur cause de la douleur à l'intérieur; puis, le grand plexus produit de la douleur dans la partie postérieure de la cuisse, ou des crampes dans les jambes. Dans un travail pénible, les nerfs, particulièrement le grand sciatique, peuvent être lésés au point de causer dans la suite beaucoup de douleurs, ou la claudication, ou même la paralysie. Les frictions, les bains chauds, ou si la sensibilité est grande à l'extérieur, des ventouses scarifiées, puis de petits vésicatoires répétés plusieurs fois, un bandage bien appliqué, et enfin l'eau froide de mer, peuvent être utilisés pour favoriser la guérison.

SECTION IV. — *Vaisseaux lymphatiques du bassin.*

Les vaisseaux lymphatiques dans la partie supérieure du bassin suivent le cours des vaisseaux iliaques, formant un large et beau plexus, depuis le ligament de Poupart jusqu'aux vertèbres lombaires; ils ne sont nullement comprimés pendant le travail; des ganglions nombreux les accompagnent, qui sont quelquefois développés par une maladie; mais ils ne sont pour rien dans l'accouchement. Les lymphatiques de la cavité pelvienne ont des ganglions le long du vagin et du rectum et qui, par leur développement, peuvent retarder le travail.

CHAPITRE IV.

DES DIMENSIONS DU BASSIN.

SECTION Ire. — *Détroits supérieur et inférieur.*

Le bassin a été divisé en grand et petit bassin. Le premier, formé par l'expansion des os iliaques; et le second, comprenant cette partie appelée la cavité pelvienne, qui est située au-dessous de la ligne ilio-pectinée. La cavité pelvienne est la partie la plus importante dans les accouchements, et consiste en un détroit supérieur, en une cavité proprement dite et en un détroit inférieur. Le supérieur, à cause de la projection du sommet du sacrum par derrière et des os du pubis par devant, n'a point de forme régulière, mais ressemble plus à un ovale qu'à toute autre figure. Son petit diamètre s'étend de la symphyse du pubis au sommet du sacrum, il a été appelé le diamètre sacro-pubien ou antéro-postérieur, et il a quatre pouces. Le diamètre latéral a depuis cinq pouces et un quart jusqu'à cinq pouces et demi et quelquefois six

pouces; et la diagonale, ou la ligne tirée de la symphyse sacro-iliaque à la cavité cotyloïde opposée, a depuis cinq pouces et demi; mais comme les psoas et les vaisseaux iliaques empiètent un peu latéralement sur les bords du bassin, le diamètre diagonal sur le sujet paraît souvent être le plus long. De la symphyse sacro-iliaque à la crête du pubis du même côté, on trouve quatre pouces et demi. Du sommet du sacrum à cette partie du bord, directement au-dessus du trou sous-pubien, il y a trois pouces et demi; si la ligne allait à la cavité cotyloïde au lieu du trou sous-pubien, elle aurait trois lignes de moins; une ligne tirée à travers le front du bassin, d'une cavité cotyloïde à l'autre, aurait presque quatre pouces et un quart.

Le détroit inférieur n'est pas, dans sa forme, aussi régulier que le supérieur, même quand les parties molles existent, mais il est un peu ovalaire. Le grand diamètre s'étend de la symphyse du pubis au coccyx, et, quand cet os est repoussé en arrière, comme dans le travail, il a cinq pouces; mais si l'os est immobile il perd un pouce. Le diamètre transversal de l'extrémité de l'une des tubérosités à l'autre, a quatre pouces; mais un peu plus haut ou plus en arrière, là où le ligament sacro-sciatique inférieur prend son insertion, le diamètre a un pouce de plus. Là où les branches commencent, la distance n'est que de deux pouces trois quarts (1).

L'ouverture inférieure du bassin diffère essentiellement de l'ouverture supérieure, en ce sens que ses bords ne sont pas sur le même plan. Un ovale en fil de fer représentera le détroit supérieur; mais si on l'applique à l'ouverture inférieure il faudra qu'il soit recourbé. Le détroit inférieur, depuis la symphyse du pubis jusqu'à la tubérosité ischiatique, est demi-ovalaire; mais par derrière il devient plus irrégulier et se courbe en haut et en arrière. L'arcade pelvienne, ou la partie antérieure du détroit inférieur, a quatre pouces de large à sa base, et une ligne perpendiculaire, tirée du centre à la base, a deux pouces de long. Le sommet de l'arcade permettra à un corps circulaire de venir en contact avec elle, dont le diamètre aurait un pouce et un quart. La longueur de chaque branche de l'arcade est de trois pouces et un quart; l'ouverture est voûtée à la hauteur d'environ trois pouces, et les piliers de cette voûte s'écartent graduellement vers les tubérosités; les bords latéro-postérieurs, formés par le ligament sacro-sciatique, représentent de chaque côté une ligne oblique qui va en dedans et en arrière, tandis qu'entre ces lignes le coccyx forme un pic dirigé en avant. Cette ouverture irrégulière est plus longue qu'elle n'est large; mais elle n'est nullement ovalaire; quand les parties molles sont ajoutées et qu'on la rattache à la cavité pelvienne, on peut dire alors que dans le travail elle forme l'orifice ovoïde d'un canal ovoïde; mais la forme de l'ouverture variera suivant la période du travail.

SECTION II. — *Cavité pelvienne.*

La cavité pelvienne doit être aussi examinée, et la remarque la plus importante à faire c'est qu'elle a une profondeur inégale. A la partie postérieure elle a de cinq à six pouces, selon que le coccyx est plus ou moins étendu; sur les côtés, une ligne tirée du bord du détroit supérieur à la tubérosité ischiatique a trois pouces trois quarts; à la partie antérieure, la hauteur de la symphyse pubienne, depuis son bord supérieur jusqu'au bord inférieur du ligament pubien, a deux pouces. Quand la surface de la tête de l'enfant est parallèle au bord inférieur de la symphyse, la tête est encore bien loin d'être entrée entièrement dans la cavité pelvienne; on ne peut la considérer dans le bassin que lorsqu'elle est bien logée dans la cavité du sacrum.

Il est convenable de donner les dimensions des différentes parties de la cavité elle-même. Une ligne oblique, tirée de l'articulation sacro-iliaque d'un côté, jusqu'à la tubérosité opposée, a six pouces; et le grand diamètre de la tête de l'enfant, avant qu'elle ne fasse le mouvement de rotation en avant, correspond à cette ligne. A partir du bord postérieur du plan incliné de l'ischion ou du bord antérieur de l'échancrure sacro-sciatique au côté opposé, il y a six pouces, ou six pouces et un quart. De la branche de l'ischion à l'articulation sacro-iliaque op-

(1) Le bassin de la négresse est plus petit dans ses dimensions; celui d'une momie égyptienne, disséqué par le docteur Granville, avait cinq pouces et demi pour le diamètre latéral et quatre pouces et demi pour l'antéro-postérieur.

posée, il y a cinq pouces. Le diamètre du bord antérieur, ou celui entre les trous obturateurs sur le même plan, est de quatre pouces trois quarts. Ainsi, la surface plane à la partie inférieure est, en avant, deux pouces plus près du côté opposé qu'elle ne l'est par derrière ou à son bord postérieur. Du sommet de l'arcade pubienne, ou de l'orifice de l'urètre, au second os du sacrum, il y a depuis quatre pouces cinq huitièmes jusqu'à cinq pouces trois huitièmes, suivant la courbure de cet os. Une ligne tirée du haut de l'arcade au sommet du sacrum a environ un quart de pouce de plus que le diamètre antéro-postérieur du bassin. Du sommet de l'arcade à l'épine ischiatique il y a trois pouces et demi. De la tubérosité ischiatique au centre du sacrum il y a quatre pouces. De la partie postérieure de la tubérosité à l'articulation sacro-iliaque du même côté il y a trois pouces et demi. De l'extrémité de la tubérosité à l'épine ischiatique il y a deux pouces ; de l'épine au sacrum, deux pouces ; et du sommet de l'arcade pubienne à la surface plane de l'ischion, deux pouces. La largeur de la surface plane elle-même est de deux pouces, de sorte qu'une ligne traversant ces différentes parties, depuis la symphyse jusqu'au sacrum, aurait, y compris les légères irrégularités, six pouces. De la tubérosité à la partie inférieure du trou obturateur il y a un pouce et demi. Le grand diamètre de l'échancrure sciatique a deux pouces trois huitièmes, le petit un pouce trois quarts. La cavité, depuis le détroit jusqu'à la base de l'épine ischiatique, quoiqu'elle ne soit pas entièrement circulaire, en approche beaucoup plus qu'on ne le croirait du premier abord ; mais, quand nous arrivons à l'épine, le diamètre latéral est resserré et beaucoup plus en rapport avec le passage de la tête qui peut faire saillie de dessous l'arcade.

Sur le sujet vivant l'on peut promptement reconnaître ces différentes parties du bassin, et, par le rapport que l'une conserve avec les autres, l'on peut préciser, après un examen attentif fait avec le doigt, non-seulement la position relative de la tête par rapport à l'un des points, et conséquemment connaître sa position précise et sa marche dans le bassin, mais aussi l'on peut même déterminer la forme et les dimensions du bassin.

SECTION III. — *Du bassin au-dessus du détroit supérieur.*

La forme, l'étendue et les dimensions du grand bassin, ou de cette partie qui se trouve au-dessus du détroit supérieur, doivent aussi être mentionnées d'autant plus qu'elles sont d'une grande importance pour apprécier la difformité d'un bassin. De la symphyse au commencement de la crête iliaque à l'épine inférieure, il y a près de quatre pouces ; de l'épine iliaque inférieure à la crête iliaque postérieure, la corde qui soutiendrait la cavité iliaque aurait cinq pouces. La distance de l'épine supérieure est la même. Du sommet de la tête iliaque au détroit supérieur, la ligne droite a trois pouces et demi. L'espace entre les deux épines iliaques supérieures et antérieures est de dix pouces. Une ligne tirée du sommet de la crête iliaque au côté opposé a plus de onze pouces, et touche, dans sa direction, à la substance intervertébrale entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire. La ligne tirée du centre de la troisième vertèbre lombaire, allant du sacrum à l'épine iliaque supérieure, a six pouces trois quarts ; la ligne tirée de la même vertèbre au sommet de la symphyse, a sept pouces trois quarts, et quand le sujet est debout cette ligne est exactement perpendiculaire.

Pour conclure mes observations sur les dimensions du bassin, je remarque que la forme est différente chez l'enfant que chez l'adulte. Les dimensions du détroit sont renversées dans ces deux âges, le grand diamètre du bassin, chez le fœtus, s'étend du pubis au sacrum ; par degrés la forme change. Ces changements cependant doivent être effectués lors de la croissance générale du corps et lors de la puberté. A neuf ans, le diamètre sacro-pubien a deux pouces sept huitièmes, et le latéral un huitième de moins. A dix ans, le diamètre antéro-postérieur a trois pouces un quart, le latéral un huitième de plus. A treize ans, le premier est resté le même, mais le second a augmenté jusqu'à trois pouces trois quarts. A quatorze ans, le premier a trois pouces trois quarts, et le dernier quatre pouces. Un peu avant la puberté, peut-être même jusqu'à dix-huit ans, le diamètre antéro-postérieur a trois pouces sept huitièmes, le latéral quatre pouces et demi. Ces mesures, au reste, je les donne d'après des bassins individuels. Si une fille devenait mère de très-bonne

heure, la forme du bassin pourrait occasionner un travail pénible et long.

SECTION IV. — *De l'axe des détroits supérieur et inférieur.*

Il faut se rappeler que le détroit supérieur et l'inférieur ne sont pas parallèles l'un à l'autre, mais qu'ils forment entre eux un angle considérable. L'axe du détroit supérieur sera représenté par une ligne tirée tout près de l'ombilic en bas et en arrière du coccyx; celui du détroit inférieur, par une ligne tirée de l'orifice du vagin au premier os du sacrum. Au reste, le point précis où ces lignes se rencontreront doit varier un peu suivant la conformation et l'obliquité du bassin, et suivant la saillie de l'abdomen. Chaque partie différente de la cavité pelvienne a son axe propre, et le centre du mouvement de la tête de l'enfant doit toujours correspondre à l'axe de cette partie du bassin où elle est placée. On peut en avoir une assez bonne idée sous le rapport du travail, en plaçant une sonde d'une courbure ordinaire dans l'axe du détroit supérieur, et en faisant passer l'extrémité par l'axe du détroit inférieur.

CHAPITRE V.

DE LA TÊTE DE L'ENFANT ET DE SA MARCHE A TRAVERS LE BASSIN PENDANT LE TRAVAIL.

SECTION Ire. — *Os de la tête.*

La tête de l'enfant est composée de plusieurs os différents, et ceux du crâne sont liés et unis ensemble d'une manière très-lâche par une membrane. Les os frontaux, temporaux, pariétaux et occipitaux composent la partie extérieure du crâne, et leur forme particulière détermine la direction des sutures. L'os occipital est uni aux pariétaux par la suture lambdoïde, que l'on peut découvrir aisément à travers les téguments par sa direction angulaire. Les pariétaux sont unis au frontal par la suture coronale, que l'on distingue par sa direction transversale sur la tête; et ils sont liés l'un à l'autre par la suture sagittale, qui s'étend directement de l'occipital au frontal. Comme ce dernier os chez le fœtus se compose de deux pièces, on peut quelquefois le suivre aisément avec le doigt, même jusqu'au nez. Si l'on partage la suture sagittale en trois parties égales, de celle du milieu, que j'appellerai *portion centrale*, l'on peut descendre une ligne jusqu'à la partie latérale de la mâchoire inférieure, qui traversera la protubérance pariétale et l'oreille externe. Comme cette ligne dans le travail est parallèle à l'axe du détroit supérieur du bassin jusqu'à ce que la tête fasse son mouvement de rotation, je la nomme *ligne de l'axe*. Les angles supérieurs et antérieurs des os pariétaux et les angles correspondants des deux pièces du frontal sont arrondis de manière à laisser un espace quadrangulaire rempli par une membrane très-dense; c'est ce qu'on appelle la grande fontanelle, ou la fontanelle antérieure, pour la distinguer d'un autre espace vide plus petit, qui se trouve à l'extrémité postérieure de la suture sagittale, et que l'on nomme petite fontanelle. On reconnaît la première à ses quatre angles et parce qu'elle s'étend un peu en avant entre les os frontaux; et, quand on la sent au toucher, on peut s'attendre à un travail long: car alors la tête n'est pas placée dans la position la plus favorable. Quant à la petite fontanelle, on ne peut pas parfaitement la reconnaître pendant le travail, vu qu'elle se perd dans les angles de la suture lambdoïde. Celle-ci cependant doit être reconnue de suite. La tête de l'enfant a une forme oblongue, et son extrémité antérieure aux tempes est plus étroite que la postérieure, qui s'étend sur les côtés à cause d'une éminence des os pariétaux, appelée protubérance pariétale. De ce point, les os descendent en arrière en formant un angle obtus avec la partie supérieure de l'occiput, qui est un peu aplatie, et qui se nomme le sommet. La forme générale du derrière de la tête est hémisphérique. A partir des protubérances pariétales, la tête descend aussi en avant jusqu'à l'apophyse zygomatique de l'os temporal, et devient en même temps et par degrés plus étroite.

SECTION II. — *Volume de la tête.*

Le plus grand diamètre a lieu depuis le sommet jusqu'au menton, et il a près de cinq pouces. Depuis la racine du nez jusqu'au sommet, et depuis le menton jusqu'à la portion moyenne de la suture sagittale, il y a quatre pouces. D'une des protubérances pariétales à l'autre la

diagonale a depuis trois pouces et un quart à trois pouces et demi. De la nuque au sommet de la tête, il y a trois pouces et demi ; d'une tempe à l'autre, deux pouces et demi ; de l'occiput au menton, le long de la base du crâne, quatre pouces et demi ; d'une apophyse mastoïde à l'autre, le long de la base, il y a environ deux pouces ; d'une joue à l'autre, trois pouces, ou trois pouces et demi, et chez les gros enfants jusqu'à quatre pouces. La partie la plus dure, sinon la plus longue, est la base du crâne, prise depuis la racine d'une apophyse zygomatique à l'autre. Il y a souvent près de quatre pouces, quoique ce soit là les dimensions ordinaires de la tête; cependant, à cause de la nature des sutures, elles peuvent souffrir une diminution, et la forme de la tête peut être changée ; il peut se faire qu'un os soit poussé un peu sous l'autre, et que par la pression la longueur de la tête soit considérablement augmentée, tandis qu'elle perd de sa largeur; mais ces deux altérations ne correspondent point régulièrement l'une à l'autre.

La tête du petit garçon est généralement plus grosse que celle de la petite fille. Le docteur Joseph Clarke (1), praticien excellent, sur l'exactitude duquel je suis porté à me reposer entièrement, dit qu'elle est un vingt-huitième ou un trentième plus grosse. C'est un fait bien établi, qu'à cause de la grosseur plus grande des enfants mâles, les femmes qui ont le bassin un peu rétréci éprouvent un travail plus pénible lorsqu'elles mettent au monde un fils que lorsqu'elles accouchent d'une fille (2); et plusieurs mères, qui ont le bassin bien formé, souffrent davantage dans les parties molles. Le docteur Clarke suppose qu'il y a plus de la moitié de garçons que de petites filles qui naissent morts, à cause du travail pénible ou de la plus grande compression qu'éprouve le cerveau ; et en raison de ces causes, un plus grand nombre de garçons que de filles meurent après la naissance. Dans les cas de jumeaux, comme les enfants sont plus petits, il calcule que seulement un cinquième de garçons de plus que de filles sont morts-nés. Le docteur Bland (3) dit que, sur quatre-vingt-quatre enfants morts-nés, quarante neuf étaient des garçons et trente-cinq des filles.

SECTION III. — *Passage de la tête.*

En comparant la grosseur de la tête avec la capacité pelvienne, il est évident que l'une peut passer à travers l'autre; mais je crains que la comparaison ne soit pas toujours exactement faite; car l'enfant ne passe pas avec le grand diamètre du crâne parallèle à une ligne tirée dans la direction du grand diamètre du détroit pelvien, mais il descend obliquement ; de sorte qu'il demande un moins grand espace. La portion centrale de la suture sagittale passe la première, et le menton repose sur la poitrine de l'enfant. Or, la longueur d'une ligne tirée de la nuque au sommet de la tête a trois pouces et demi, et une ligne qui couperait celle-ci, tirée d'une protubérance pariétale à l'autre, ne serait pas plus longue ; par conséquent, quand la partie crânienne se présente, il passe, dans le travail naturel, à travers le détroit supérieur, un corps rond dont le diamètre n'a pas plus de trois pouces et demi ; et ainsi, il ne peut s'élever, à cette période de l'accouchement, aucun obstacle ni aucune difficulté du côté du bassin. Il y a un espace surabondant entre le pubis et le sacrum, de manière à prévenir toute chance de compression sur la vessie, sur l'urètre ou le rectum; et comme le grand diamètre de la tête descend obliquement, les parois du détroit supérieur n'éprouvent aucune compression. Voilà certainement la raison pour laquelle la tête peut pénétrer et pénètre souvent si loin sans causer plus de douleur et sans éprouver plus de difficulté, quoique la capacité pelvienne soit un peu rétrécie. La partie la plus large et la plus résistante de la tête, nous l'avons dit être près de sa base, dans l'espace compris entre les apophyses zygomatiques. Cette portion de la tête s'arrête, s'il y a quelque résistance offerte par un bassin rétréci. La partie supérieure de l'oreille est au-dessous du niveau du bassin ; mais les os qui résistent sont au-dessus. Dans l'accouchement naturel, quand les épaules, qui ont cinq pouces de largeur, viennent à passer, alors le détroit supérieur est complètement rempli; si toutefois quelque contraction survient dans le diamètre latéral, l'enfant passerait encore, et une des épaules descendrait obliquement avant l'autre.

(1) Philosoph. trans., vol. LXXXI.

(2) Le crâne d'une fille est plus arrondi ou plus saillant sur les côtés et par derrière que celui du mâle, qui est plus aplati à ces endroits là.

(3) Philosoph. transact., vol. LXXI.

Il est très-important de concevoir le passage de la tête de l'enfant dans l'accouchement naturel : car sur cela repose la connaissance du traitement dans le cas d'un travail difficile. La tête, dans l'état naturel, est placée de manière à avoir l'occiput dirigé d'un côté, un peu vers la cavité cotyloïde, et le front, principalement à cause de l'action du promontoire du sacrum, tourné dans la même direction vers l'articulation sacro-iliaque du côté opposé. Quand le travail commence et que la tête vient à descendre, le menton est placé sur la gorge ou sur la partie supérieure du sternum, et la portion moyenne de la suture sagittale, ou, quelquefois, la protubérance pariétale est dirigée en bas, presque dans l'axe du détroit du bassin. Quand, par la contraction de l'utérus, la tête est poussée un peu plus bas, son sommet vient à toucher le plan de l'ischion ; sur lui, la partie postérieure et inclinée de l'os pariétal glisse en bas et en avant comme sur un plan incliné; la tête tourne graduellement, de sorte qu'en peu de temps la face est poussée dans la cavité du sacrum, et le sommet, ou l'os pariétal qui l'avoisine, se présente à l'orifice du vagin. La direction naturelle d'un corps tel que la tête de l'enfant, en descendant sur le plan incliné, serait en avant sur la cavité cotyloïde, puis en avant et en arrière le long de la branche de l'ischion. En même temps, l'autre extrémité de l'ellipse formée par la tête serait poussée par cette substance qui remplit l'espace sacro-sciatique. La direction de ce mouvement est oblique en arrière, vers le bord, et puis vers le creux du sacrum. La partie latérale du front serait ainsi dirigée comme sur un plan incliné, en bas et en arrière vers le troisième os du sacrum. Là, elle rencontre à la partie postérieure le ligament, glisse dessus et plus en arrière ; de sorte que le front est refoulé tout-à-fait en arrière, et s'appuie sur le coccyx. Le sommet, en même temps, est dirigé tout-à-fait en avant par l'obliquité de la branche de l'ischion ; mais il ne se présente pas toujours exactement à l'arcade du pubis, car la protubérance pariétale peut prendre le dévant. Enfin, la surface du coccyx qui est distendu, et celle des parties molles qui ont des rapports avec lui, ainsi que le périnée, supportent la tête qui s'appuie dessus comme sur un plan incliné, et la poussent en avant comme dans la sortie de l'enfant. La rotation complète de la tête n'est accomplie que lorsqu'elle est entrée entièrement dans la cavité pelvienne. La forme de la tête et son obliquité, différente suivant les présentations, expliqueront pourquoi, dans la position naturelle, la tête tourne à la fois plus promptement et descend plus vite que dans une mauvaise position. Comme le bassin est peu profond au pubis, et comme la tête entre obliquement, on la sent près de l'orifice du vagin, et même elle touche les grandes lèvres et le périnée avant que la rotation soit achevée, et quand l'oreille est encore au pubis. L'ensemble de la cavité pelvienne est construit de manière à contribuer à ce mouvement de rotation, qui est encore favorisé par la courbure du vagin et l'action de la partie inférieure de l'utérus sur la tête de l'enfant. La tête, tant que son grand diamètre est en travers, continue à descendre selon l'axe du détroit supérieur du bassin ; mais après son mouvement de rotation, elle suit l'axe du détroit inférieur. Quand la rotation se fait, la direction du mouvement est dans quelque point intermédiaire ; et ce fait doit être étudié et retenu, quand on opère avec les instruments. Quand le bassin est étroit supérieurement, et que le sacrum forme une saillie antérieure, l'ovale de la tête met long-temps à gagner le plan incliné de l'ischion ; et quand la tête est allongée de manière à venir en contact avec lui, l'on trouve que, quoique la saillie du sacrum dirige le sommet un peu en avant et quelquefois prématurément, cependant la tendance au mouvement complet de rotation est combattue par la position des os qui sont au-dessus ; et une grande partie du crâne et toute la face se trouvent au-dessus du détroit supérieur et peuvent être enclavées en partie dans le bassin. La forme de la tête peut être changée par une continuation de la force ; même le sommet peut être un peu détourné, et son extrémité ne correspondre plus à celle du grand diamètre de la tête. Les téguments peuvent être tuméfiés, et une sérosité sanguinolente peut s'infiltrer entre eux, de manière à ne plus faire reconnaître la présentation. En conséquence, comme dans un long travail, occasionné par un bassin mal conformé, le crâne peut être considérablement allongé et déformé, nous ne devons pas juger de la situation de la tête par la position du sommet de la tumeur qu'elle forme ; mais nous devons

chercher l'oreille qui a un rapport constant avec la partie de la tête qui présente un obstacle. Les parties postérieure et supérieure de la tête sont compressibles; mais la base du crâne et la face sont solides. Une ligne tirée à partir du cou jusqu'au front, passant sur les oreilles, doit être considérée comme la limite de ces parties de structure opposée; c'est pourquoi il faut faire attention à la position relative de l'oreille, vu qu'elle détermine la position de la tête et ses progrès à travers le détroit supérieur.

CHAPITRE VI.

DE L'ÉTROITESSE ET DE LA DIFFORMITÉ DU BASSIN.

SECTION Ire. — *Difformité causée par le rachitisme.*

La capacité du bassin peut être réduite au-dessous de la mesure naturelle dans différentes circonstances. Il peut avoir de petites dimensions à cause de l'arrêt prématuré des différents os qui, du reste, sont bien conformés et réguliers dans leurs proportions et leurs distances relatives. Cela peut occasionner un travail douloureux, mais rarement difficile au point de requérir l'usage des instruments. Quelquefois les os ont tous leur volume normal, mais le sacrum est entièrement droit; et dans ce cas, quoique les détroits supérieur et inférieur soient suffisamment larges, cependant la cavité pelvienne est rétrécie; ou bien, lorsque toutes les autres parties sont régulières, les épines ischiatiques peuvent être trop saillantes et empiéter sur la partie inférieure du bassin. Les parois du sacrum peuvent manquer primitivement, et l'ilion être uni à cet os par une matière osseuse près de la ligne médiane. Par là, le détroit supérieur est tourné de travers ou d'un côté, et une étroitesse est produite. Ce cas a été décrit par Nœgelé; le rapport est fait par le docteur Rigby, dans le *Journal méd. et chir. de Londres*, vol. VII, page 365. — Une autre cause d'étroitesse, c'est la maladie appelée rachitis, dans laquelle les os dans l'enfance manquent de force, la proportion de matière calcaire qui entre dans leur composition étant trop faible. Dans cette maladie, les os longs se courbent, et leurs extrémités gonflent; le bassin devient difforme, la partie postérieure se rapproche de l'antérieure, et la distance relative disparaît. Les os peuvent se tordre dans différents degrés. Quelquefois, le promontoire du sacrum fait une saillie seulement un peu plus forte que de coutume, ou est dirigé un peu plus d'un côté que de l'autre (1), et la courbure de l'os peut être augmentée ou diminuée. Si le sacrum proémine seulement un peu sans d'autre changement, la capacité du détroit supérieur est seulement diminuée; mais si la courbure est en même temps plus petite que d'ordinaire, la cavité du bassin est rétrécie. Mais, à moins que les ischions ne se rapprochent l'un de l'autre, ou que la partie inférieure du sacrum ne soit courbée en avant, le détroit inférieur est intact. Dans un plus grand degré de la maladie, la partie antérieure du détroit supérieur devient plus aplatie, et la ligne iliopectinée forme un petit segment d'un cer-

---

(1) Il n'est pas nécessaire de donner des exemples de chaque degré de difformité; mais il peut être utile d'en choisir quelques-uns des différentes espèces. Les premiers degrés ne demandent pas à être particularisés. Je vais donner d'abord les dimensions d'un bassin desséché, qui est assez rétréci pour empêcher un enfant de neuf mois de passer sans le secours de l'art. Du pubis au sacrum, il y avait trois pouces; de la cavité cotyloïde au sacrum du côté droit, deux pouces et demi; du côté gauche, deux pouces sept huitièmes; du détroit supérieur au-dessus du trou obturateur à l'articulation sacro-iliaque opposée, cinq pouces; de la même partie du détroit à la même articulation du même côté, trois pouces et demi; pour le diamètre transversal, quatre pouces sept huitièmes; de l'arcade du pubis au creux du sacrum, cinq pouces; d'une des tubérosités ischiatiques à l'autre, quatre pouces et demi; d'une épine ischiatique à l'autre, quatre pouces et demi; l'arcade pubienne était naturelle. La distance du corps de la troisième vertèbre lombaire à l'épine de l'ilion des deux côtés était de six pouces. On peut comparer ces dimensions avec celles d'un bassin bien conformé. Le cartilage de la symphyse du pubis projetait à l'intérieur comme une épine, ce qui ajoutait à l'étroitesse du bassin dans l'état frais. La ligne ilio-pectinée du côté gauche avait pour longueur deux pouces, et était aussi effilée qu'un couteau; et pour ces deux causes, le col de l'utérus et la vessie furent déchirés pendant le travail.

cle assez large; le sacrum forme par derrière une partie d'un cercle concentrique; et ainsi le détroit supérieur, au lieu d'être un peu ovalaire, prend une forme semi-circulaire ou celle d'un croissant, et le petit diamètre est quelquefois réduit à moins de deux pouces. Le promontoire du sacrum peut correspondre à la symphyse du pubis, ou être tourné d'un côté (1), et par là il rend la forme du bassin plus irrégulière et les dimensions plus petites d'un côté que de l'autre. Dans quelques cas, la forme du bassin est comme un triangle équilatéral; et, quoique le diamètre du pubis au sacrum ne soit pas diminué, cependant les cavités cotyloïdes étant plus près du sacrum, le passage de la tête est obstrué.

SECTION II. — *Difformité causée par le ramollissement des os.*

Le bassin est aussi, particulièrement dans les villes manufacturières, déformé par le ramollissement des os chez l'adulte. C'est une maladie qui, quelquefois, commence bientôt après l'accouchement, et très-fréquemment pendant la grossesse. Elle est, à la vérité, comparativement plus rare chez celles qui n'ont pas d'enfants, et sa marche est toujours accrue par la gestation. Il faut y faire beaucoup d'attention; car, aux yeux d'un praticien négligent, elle a d'abord beaucoup de ressemblance avec le rhumatisme chronique. Elle débute généralement par des douleurs dans le dos et dans la région pelvienne. Ces douleurs sont presque continuelles, ou ont très-peu de rémittence; elles sont accompagnées d'une claudication, croissante tous les jours, de maigreur, de faiblesse et de fièvre; mais la marque distinctive, c'est une diminution dans la taille, et la malade tombe par degrés dans la décrépitude. Dans le cas bien connu de madame Supiol, où la maladie commença après une chute, la malade à la fin n'avait plus que vingt-trois pouces de hauteur. Son squelette est encore conservé dans l'École de Médecine de Paris. Dans le ramollissement des os, le bassin souffre, mais la torsion est généralement différente de celle qui est produite par le rachitisme; car, tandis que le sommet du sacrum descend quelquefois plus bas (1) dans le bassin, et est toujours poussé en avant, les cavités cotyloïdes sont repoussées en arrière et en dedans vers le sacrum et l'une vers l'autre (2); de sorte que s'il était compatible

(1) Dans un bassin de cette espèce que je vais décrire, les vertèbres et le sacrum penchaient beaucoup à gauche; la ligne du promontoire sacré à la partie du pubis qui était en face avait simplement un pouce et demi; mais une ligne oblique tirée vers la symphyse qui était à droite du promontoire, avait près de deux pouces; du promontoire au bord du détroit supérieur vers l'ilion, il y avait, du côté gauche, deux pouces trois dixièmes, et du côté droit, trois pouces quatre dixièmes. Sur la gauche, de la partie latérale du sacrum à la cavité cotyloïde, il y avait neuf dixièmes de pouce, et sur la droite deux grands pouces. Maintenant, si l'on ajoute à ce bassin les parties molles, on trouvera qu'il peut passer du côté droit un ovale dont le grand diamètre aurait trois pouces et demi, et le petit diamètre seulement deux pouces. — Dans un bassin avec un détroit supérieur semi-circulaire, dont le petit diamètre au milieu et de chaque côté aurait un pouce et demi, il pourrait, lorsque les parties molles seraient ajoutées, passer un ovale dont le grand diamètre aurait environ deux pouces et un quart, et le petit environ un pouce et un quart.

(1) Dans un bassin bien conformé, la ligne tirée transversalement le long du détroit supérieur, et en contact avec le sacrum, touche à ses deux extrémités, soit les articulations sacro-iliaques ou la ligne ilio-pectinée, à environ un demi-pouce avant d'arriver à sa destination; tandis que dans un bassin très-déformé, la même ligne toucherait le détroit supérieur à la cavité cotyloïde, ou même avant. Dans un bassin bien conformé, la ligne tirée du milieu de la ligne ilio-pectinée d'un côté, au même point du côté opposé, est éloignée du sacrum d'environ un pouce ou un pouce et demi; mais, dans un bassin difforme, elle passerait, soit à travers le sacrum, ou même derrière lui.

(2) Voilà les dimensions d'un bassin de cette espèce que je choisis comme un exemple. De l'épine iliaque d'un côté à l'autre épine, huit pouces trois quarts; des vertèbres lombaires à l'épine iliaque du côté droit, six pouces; du côté gauche, un pouce sept huitièmes; de l'épine iliaque en arrière jusqu'à sa crête, deux pouces et demi; de la symphyse du pubis au sacrum, un pouce trois quarts; de la cavité cotyloïde droite au sacrum, six dixièmes de pouce; du côté gauche, sept

avec la vie que la maladie durât aussi long-temps, ces parties se rencontreraient en un point commun et fermeraient le bassin, ou du moins le convertiraient en trois fentes. Les os du pubis forment un angle très-aigu ; de sorte que le détroit supérieur, au lieu d'être irrégulier comme dans les cas légers de rachitisme, ou demi-circulaire comme dans le plus grand degré de cette maladie, se compose, lorsque le ramollissement a duré long-temps, de deux espaces oblongs de chaque côté du sacrum, se terminant en avant par une petite fente formée entre les os du pubis (1). Dans cet espace étroit, quand la femme est avancée dans sa grossesse, l'urètre avec son orifice est poussé en haut et en arrière, et la vessie s'appuie sur le ventre ; de sorte que, s'il est nécessaire de pratiquer le cathétérisme, il faut quelquefois se servir d'une sonde en gomme élastique, ou d'une sonde d'homme, en dirigeant la concavité de l'instrument vers le pubis. Si l'instrument était large et les os du pubis très-rapprochés l'un de l'autre, il pourrait s'enclaver entre eux, s'il était introduit sans précaution ; dans cette maladie comme dans le rachitis, il faut se rappeler que le promontoire du sacrum peut s'avancer sur le détroit déjà rétréci, de manière à empêcher plus efficacement le passage de la tête. — Comme le rachitisme est une maladie qui existe à son plus haut degré dans l'enfance, nous ne nous occuperons pas du traitement pour le moment. Le ramollissement des os est, au contraire, une maladie de l'adulte, qui affecte généralement les femmes vers leur âge moyen ; c'est une maladie constitutionnelle de la même nature que l'ostéo-sarcôme, et comme lui accompagnée de vives douleurs dans toutes les parties affectées. Comme lui aussi, elle est incurable dans l'état actuel de la science médicale. Comme le sel calcaire est en très-petite quantité dans les os, on a proposé de donner aux malades du phosphate de chaux ; mais on a retiré peu d'avantages de cette médication. Et, en vérité, à moins que nous ne changions l'action des vaisseaux, il ne peut être utile de prescrire aucune des parties composantes de l'os. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'avons d'autres moyens de rendre l'action des vaisseaux plus parfaite que de chercher à augmenter la santé générale et la force de la constitution par l'usage des toniques, des bains froids, et en surveillant l'état des intestins ; des

---

huitièmes ; du détroit supérieur, au-dessus du trou sous-pubien, au même point du côté opposé, sept huitièmes de pouce ; de la même partie du détroit à l'articulation sacro-iliaque opposée, trois pouces et demi des deux côtés ; d'une tubérosité ischiatique à l'autre, deux pouces et demi ; de la tubérosité au coccyx, trois pouces ; d'une épine ischiatique à l'autre, trois pouces et demi ; de la partie inférieure de la symphyse pubienne à la cavité du sacrum, quatre pouces ; distance des branches du pubis, cinq huitièmes de pouce. — Ce bassin a un détroit triangulaire ; car on observera que le détroit, au-dessus du trou obturateur, a presque un pouce en travers ; et par conséquent il y a un espace considérable entre les deux os du pubis, se rétrécissant toutefois par degrés vers la jonction des os ; mais on en retire peu d'avantages pour l'accouchement. Quand on l'examine avec l'intention de déterminer le volume du corps qui peut passer à travers le détroit supérieur, l'on trouve qu'il est par sa forme divisé en deux cavités, l'une à droite et l'autre à gauche, et que le petit diamètre de l'une a six dixièmes de pouce, et celui de l'autre sept huitièmes ; de sorte que l'art ne peut y faire passer un enfant de neuf mois. — Dans ce bassin, le sacrum proémine tellement en avant par son sommet, que dans la station la surface de cet os est presque horizontale, et que sa partie inférieure avec le coccyx est recourbée en avant comme un hameçon. Les vertèbres sont très-tordues ; dans un bassin conservé dans un des musées de Paris, le sacrum s'appuie presque sur la portion cotyloïdienne.

(1) Telle est la forme d'un bassin où la distance de la partie du bassin au-dessus du trou obturateur, jusqu'à la même partie du côté opposé, n'a seulement que cinq huitièmes de pouce ; de la cavité cotyloïde droite au sacrum, un pouce trois huitièmes ; de la gauche, un pouce. Ce bassin, à son détroit supérieur, est extérieurement triangulaire ; mais réellement, d'après un état approximatif des os, il est semi-circulaire ; car l'espace entre les os du pubis est si minime, que l'on peut le laisser de côté. Le diamètre du bassin dans ce cas a un pouce, sans compter la petite fente qui se trouve entre les os. Le sacrum dans ce bassin est très-peu recourbé, et le détroit inférieur est petit.

frictions anodines et de petits vésicatoires diminuent quelquefois la douleur (1). Comme la grossesse augmente généralement la maladie, la femme devra se séparer de son mari.

SECTION III.—*Difformité de bassin, produite par des exostoses et des tumeurs.*

Le bassin peut être bien formé extérieurement, et cependant sa capacité être diminuée à l'intérieur par l'exostose de quelques-uns des os (2); ou bien il peut être lésé à la suite d'une fracture de la cavité cotyloïde, dont j'ai vu des ossifications pointues s'étendre à presque deux pouces dans le bassin; ou bien des tumeurs stéatomateuses ou squirrheuses peuvent se former dans le bassin, s'attachant aux os et aux ligaments. J'en ai connu des exemples (3). Un ovaire développé (4), ou une hernie du vagin, peut (1) aussi obstruer le passage de l'enfant, au point de réclamer l'application du crochet; par conséquent, quoique ce ne soit point des exemples de bassin difforme, cependant, comme la capacité du bassin est diminuée aussi bien que par les premières causes que j'ai mentionnées, il est bon d'en parler ici. La hernie vésicale, ou le prolapsus de la vessie, peut arrêter le travail; des ganglions développés dans les environs du vagin, des excroissances polypeuses autour du museau de tanche ou du vagin, des squirrhes du rectum, et des tumeurs dures et enkystées du bassin peuvent aussi être un obstacle au passage de l'enfant. Cependant quelques tumeurs s'étendent graduellement par la pression; mais elles reparaissent après que l'enfant est né; d'autres se rompent et répandent leur contenu dans la substance cellulaire; une grosse pierre dans la vessie peut aussi être placée, pendant le travail, de manière à diminuer de beaucoup la cavité pelvienne; et il peut même être nécessaire d'extraire la pierre avant que l'enfant soit délivré, si elle n'a point été poussée à temps au-dessus du détroit supérieur. — Les tumeurs du bassin sont produites, ou par le développement de quelques-uns des viscères qu'il contient, comme l'ovaire, ou par les ganglions. Celles des ovaires sont souvent mobiles; les autres généralement sont fixes, et elles se composent d'une substance graisseuse ou fibreuse, ou d'un fluide contenu dans un kyste (2). Quelques-unes ont seule-

(1) Pour la difformité du bassin et pour la liste d'un grand nombre de cas particuliers de torsion des os, j'ai un grand plaisir de renvoyer le lecteur aux ouvrages du docteur Hull, praticien doué d'un jugement sain et de connaissances étendues.

(2) On trouve un cas de ce genre rapporté par le docteur Leydig, pour lequel on fut obligé de pratiquer l'opération césarienne, ainsi que d'autres exemples d'exostose du sacrum des vertèbres lombaires ou du pubis, dans le *Journal d'Edimbourg*, vol. xxxv, p. 449.

(3) Le docteur Denman fait mention d'un cas fatal de ce genre, pour lequel le docteur Hunter fut appelé. L'enfant fut extrait à l'aide du crochet; mais la malade mourut le quatrième jour. Une excroissance dure, graisseuse, s'étendant d'un côté du sacrum, fut la cause de la difficulté. (Voy. Introd., v. II, p. 72.)—Baudelocque, dans le cinquième volume du *Recueil périod.*, rapporte un cas où, en conséquence d'une tumeur squirrheuse, le crochet fut nécessaire. Dans un second accouchement, l'opération césarienne fut pratiquée et devint fatale à la mère. Le docteur Drew cite un exemple où la tumeur adhérait au ligament sacro-sciatique, et qui fut extirpée heureusement pendant le travail; elle avait quatorze pouces de circonférence. (Voy. *Edimb. journ.*, vol. I, p. 25.)

(4) Un cas fatal de cette espèce arriva au docteur Ford, et est rapporté par le docteur Denman, vol. II, p. 75. — Un autre exemple fatal est rapporté par M. Baudelocque (l'*Art des accouchements*, section 1964). On peut voir aussi un cas rapporté par le docteur Merriman (*Med. et Chir.*, *trans.* III, 47). Cet ovaire contenait un fluide et aurait pu probablement être ouvert avec avantage pendant le travail. Je parlerai dans la suite de l'extirpation de l'ovaire.

(1) Plusieurs cas de ce genre ont été observés, et dans l'un d'eux, rapporté par M. Brand, et remarqué par le docteur Sandifort dans ses *Obs. anat. path.*, la femme mourut sans être accouchée.

(2) Un cas très-important de ce genre est rapporté par M. Jackson dans le *Med. Rep.* Mars 1826. La tumeur, qui était très-volumineuse, était située derrière le rectum, et remplissait le sacrum si complètement, qu'elle permit seulement d'extraire l'enfant par les pieds, non sans une grande difficulté. Le doigt, placé dans le rectum après la délivrance, indiquait l'existence d'une fluctuation entre le rectum et le coccyx. La ponction fut pratiquée, et six pintes d'un fluide de

ment des attaches cellulaires, et peuvent être facilement extraites en faisant une incision à travers le vagin, et en extrayant la tumeur ou bien en évacuant le contenu (1). D'autres tumeurs sont cartilagineuses, et au lieu d'être attachées au bassin par un tissu cellulaire, elles y adhèrent fortement ou y prennent racine. Elles adhèrent, soit par un pédicule, ou par une large base; dans le premier cas, la tumeur est plus mobile que dans le second où l'adhérence est plus forte. On ne peut les extirper qu'en incisant profondément dans la cavité pelvienne, et l'incision demande à être faite à travers le périnée et le releveur de l'anus, comme dans l'opération de la lithotomie chez l'homme. Nous sommes de beaucoup redevables au docteur Drew d'une première opération de cette espèce; et comme la tumeur adhérait par un col, elle fut aisément incisée, et le succès fut complet. Dans un cas effrayant que j'observai il y a quelques années, les attaches étaient prolongées, et la tumeur assez volumineuse pour remplir le bassin et ne permettre qu'à un doigt de passer entre elle. Du côté droit du bassin, elle adhérait depuis la symphyse du pubis, tout à l'entour, jusqu'au sacrum, étant attachée à l'urètre, au muscle obturateur et au rectum; elle adhérait intimement au détroit supérieur du bassin et débordait même un peu vers la cavité cotyloïde gauche. Elle était dure, un peu irrégulière et à peine mobile; la malade, madame Broadfoot, était dans le neuvième mois de sa grossesse : il n'y avait d'autre choix qu'entre l'opération césarienne ou l'extirpation de la tumeur. Le dernier parti fut adopté, et avec l'aide de MM. Cowper et Russel, je fis l'opération, le 16 mars, quelques heures après que de légères douleurs d'accouchement eussent été ressenties. Une incision fut pratiquée du côté gauche de l'orifice du vagin, du périnée et de l'anus, à travers la peau, la substance cellulaire et le muscle transverse du périnée. Le releveur de l'anus étant largement découvert, la tumeur fut aisément sentie par le doigt. Un cathéter fut introduit dans l'urètre et la tumeur séparée de ses attaches à cet endroit. Elle fut ensuite séparée de l'utérus, du vagin et du rectum, en partie par le scalpel, en partie avec le doigt; je pus alors la saisir comme la tête d'un enfant; mais elle était entièrement fixée au bassin : une incision fut pratiquée au dedans avec un bistouri, aussi près du bassin que possible; mais à cause de la difficulté d'agir sûrement avec cet instrument, j'employai, lorsque j'arrivai à la partie postérieure, les ciseaux que je guidais avec le doigt; et au lieu de couper tout à travers, je m'arrêtai quand je fus près de la surface postérieure, de peur de blesser le rectum ou un gros vaisseau; et je terminai l'opération avec une spatule. La tumeur fut ensuite extraite en sa base, où ses attaches aux os furent disséquées aussi près que l'on put. La malade perdit peu de sang. Les douleurs devinrent aussitôt fortes, et avant qu'elle fût mise dans son lit, elles étaient très-poignantes. Au bout de quatre heures, elle accoucha d'un enfant mort-né d'une grosseur plus qu'ordinaire; l'inflammation du péritoine et une grande irritation dans la constitution survinrent; mais, par un usage prompt et vigoureux des saignées et des purgatifs, le danger disparut et la

---

couleur jaune-paille furent évacuées, et la malade se rétablit parfaitement, non sans avoir éprouvé de la douleur dans la tête, de la sensibilité dans les vertèbres, de l'engourdissement dans les extrémités inférieures et de la vitesse dans le pouls. D'après ces symptômes, la collection purulente parut avoir été en rapport avec la portion sacrée de la moelle épinière, ou du moins avec les nerfs qui en sortent, et avec ceux qui se trouvent derrière le rectum.

(1) M. Pelletan père rapporte en détail plusieurs cas de tumeurs au-dedans du bassin. Quelques-unes, graisseuses ou fibreuses, furent aisément extraites en faisant sur elles une incision à travers le vagin. Une d'elles, enkystée, contenait une matière puriforme, et une autre, longue d'environ un pouce, de nature cartilagineuse, adhérait à la branche descendante du pubis. Après avoir fait une incision au vagin, on la coupa avec des ciseaux. (*Clinique chirurgicale*, tome I, 205, 206, 224, 228, 250.) M. Parke rapporte aussi plusieurs cas de tumeurs, principalement de celles qui contenaient du liquide ou une matière molle, et qui furent ouvertes par le vagin pendant le travail. (*Med. chir., trans.* II, 295.) Voyez aussi un ouvrage précieux sur le même sujet, par le docteur Merriman, dans le dixième volume de cet ouvrage, p. 57, et dans sa *Synopsis*, p. 57; et les Remarques du docteur Davis dans ses Eléments, p. 105. Il y en a aussi un cas dans Boyer, Traité, tome X, p. 394.

convalescence alla bien. Dans le mois de mai, la blessure fut guérie. En examinant le vagin, on le trouva adhérent comme de coutume au bassin, au rectum, etc. Le bord du bassin était mousse; et une personne ignorante de l'opération qui avait eu préalablement lieu, ou qui ne verrait pas la cicatrice externe, n'aurait pu découvrir qu'on y avait pratiqué une opération. Après un laps de plus de quinze ans, elle continua de se porter bien, mais depuis elle n'a jamais été enceinte. Les remarques pratiques que j'ai à présenter sur ce sujet, sont :

1° Que, lorsque la tumeur est mobile, il faut la refouler au-dessus du détroit supérieur du bassin dans le commencement du travail, et l'empêcher de redescendre avant la tête de l'enfant;

2° Que, d'après un principe qui sera dans la suite développé avec plus d'étendue, nous ne devons jamais laisser le travail se prolonger trop long-temps, mais recourir de bonne heure aux moyens de l'aider en suivant une conduite opposée; l'enfant, à la vérité, peut être expulsé à la fin par la nature, ou être extrait par l'art; mais la mère est en grand danger de périr, soit par une inflammation consécutive ou par épuisement, ou bien par hémorrhagie;

3° Comme il est impossible de déterminer avec certitude la nature, ou le contenu d'un grand nombre de ces tumeurs, l'on doit, dans tous les cas où l'on ne peut les refouler en haut, essayer l'effet d'une ponction par le vagin avec un trois-quart. Si le contenu est liquide, il sera évacué plus ou moins complètement; s'il est solide, on trouvera, après avoir retiré la canule, qu'elle est vide ou remplie de sang caillé. Si la tumeur est graisseuse ou cérébriforme, le bout de l'instrument en retiendra une portion, et par là on sera instruit de sa nature;

4° Quand le volume de la tumeur ne peut être suffisamment ou considérablement diminué par la ponction, je suis porté, d'après les mauvais résultats du perforateur dans les cas où il a été employé, et d'après les efforts pénibles et long-temps continués qu'il a fallu faire pour achever la délivrance, à conseiller, lorsqu'elle est praticable, l'extirpation de la tumeur plutôt que l'usage du crochet, et elle peut être pratiquée de la manière la meilleure et la plus sûre par le mode adopté dans le cas de madame Broadfoot. Il y a cependant des circonstances où il faut faire l'incision dans le vagin ; mais elles sont rares. Cependant l'extirpation ne peut en aucune manière être proposée, si de fortes adhérences ont eu lieu entre la tumeur et le vagin ou le rectum ;

5° Si les rapports nombreux, l'étendue ou la nature de la tumeur, ou le danger d'une hémorrhagie s'opposent à l'extirpation, ou si la malade ne veut point s'y soumettre, et si de bonne heure il a été reconnu que la ponction est inefficace, alors je regarde comme un devoir de hâter la perforation de la tête ou l'extraction de l'enfant aussitôt que les circonstances le permettront;

6° Quoique l'opération césarienne soit redoutée beaucoup, et avec juste raison, cependant l'on pourrait mettre très-convenablement en question, savoir : si elle ne serait pas moins douloureuse ou moins dangereuse pour la mère que ces souffrances vraiment horribles qui sont quelquefois occasionnées par l'opérateur pendant un long espace de temps, lorsqu'il fait usage du crochet; tandis qu'il sauverait l'enfant, s'il était vivant au moment de l'opération. Je sais que l'on objectera à cette opinon que, dans ces cas, la tumeur cédant plus que l'os, il n'y aura pas une aussi grande lésion que si les parties molles avaient été pressées avec une force égale, et pendant le même espace de temps, contre les os d'un bassin rétréci ; et qu'en effet la santé est revenue, quoique, pendant plusieurs heures, deux habiles praticiens aient employé toutes leurs forces au point d'être épuisés ; mais un tel exemple ne peut établir la sûreté générale de la pratique;

7° Il est à peine nécessaire d'ajouter qu'il peut y avoir des degrés inférieurs de rétrécissements qui admettent avec sûreté et succès l'application du forceps ; et dans cette circonstance on le juge d'après le volume de la tumeur et la capacité du bassin. On expliquera dans la suite qu'une très-légère obstruction peut retarder la délivrance, plutôt en influençant l'action de l'utérus qu'en opposant un obstacle mécanique.

SECTION IV. — *Moyens de déterminer le volume et les dimensions de la tête, préalablement à son broiement.*

Pour déterminer le degré de difformité et la capacité du bassin, on a inventé différents instruments. Quelques-uns sont destinés à être introduits à

l'intérieur du bassin, et d'autres à être appliqués à l'extérieur, en déduisant dans ce cas-là trois pouces pour l'épaisseur du pubis, du sacrum et des parties molles. Si un instrument, ou une ligne, est porté de l'arcade du pubis au sommet du sacrum, il faut retrancher la moitié d'une ligne de la distance mesurée, à cause de l'obliquité de la ligne ; mais cette méthode est si incertaine que je ne connais personne qui en fasse usage dans la pratique. La main est le meilleur pelvimètre, et doit, dans tous les cas où il faut des connaissances précises, être introduite dans le vagin en la promenant tour-à-tour, et en observant le nombre de doigts que l'on peut introduire dans les différentes parties du détroit supérieur, ou la distance qu'il faut mettre entre deux doigts pour toucher les points opposés du détroit supérieur, ou l'espace qu'il faut faire parcourir au doigt pour passer d'une partie à l'autre : l'on obtiendra une connaissance suffisante, non-seulement de la forme du détroit supérieur de la cavité pelvienne et du détroit inférieur, mais aussi du degré du gonflement des parties molles à l'intérieur, aussi bien que de la position et de l'étendue de toute tumeur qui se serait formée dans le bassin. L'on peut s'aider encore en observant que dans les derniers degrés de difformité ou d'étroitesse, la tête n'entre nullement dans le détroit supérieur ; dans les premiers degrés, elle s'engage lentement, et les os du crâne forment un angle plus ou moins aigu, suivant les dimensions du bassin dans lequel il est pressé. L'examen qui se fait en introduisant un seul doigt dans le vagin, même pendant le travail, est tout-à-fait inutile, car on ne peut de cette manière obtenir aucune information. Bien loin de toucher le promontoire du sacrum, nous ne pouvons atteindre seulement qu'une petite partie le long de cet os ou au-dessus du coccyx ; même si le doigt est placé de la pointe du coccyx dans un bassin desséché, à peine touchera-t-il le troisième os du sacrum. En avant, si nous étendons le doigt en haut, l'on peut, quand la vessie est vide et les parties relâchées, sentir la marge supérieure du pubis. Comme dans beaucoup de cas de bassin difforme et rétréci, il est nécessaire de broyer la tête pour la faire sortir de la cavité, il est bon de donner les dimensions de la tête du fœtus, quand elle est réduite à ses plus petites dimensions, quand les os frontaux, pariétaux et temporaux ont été retirés ; et voilà tout ce qu'on peut espérer faire dans un cas qui réclame le crochet : l'on trouve que la largeur de la base du crâne vers l'os sphénoïde est de deux pouces et demi ; la distance d'une joue à l'autre est de trois pouces ; du menton à la racine du nez, un pouce et demi ; et en séparant la symphyse de l'os maxillaire supérieur, les deux branches peuvent s'écarter de manière à diminuer encore la distance ; du menton à la nuque, quand il est couché sur la poitrine, il y a deux pouces trois-quarts ; quand, au contraire, le menton est relevé et que la partie triangulaire de l'occiput se penche en arrière sur le cou, la distance du gosier à l'occiput est de deux pouces. La plus petite partie de la tête qui puisse se présenter est donc la face, et quand elle est amenée à travers le détroit supérieur du bassin, la partie postérieure de la tête et du cou, quoiqu'ils aient deux pouces, peut être réduite par la pression au point de suivre la face. Le petit diamètre de la poitrine, quand elle est comprimée, a deux pouces et demi ; celui du bassin est égal. Le diamètre de l'épaule a un pouce.

CHAPITRE VII.

DE L'AUGMENTATION DE LA CAPACITÉ DU BASSIN.

Un très-large bassin (1), bien loin d'être avantageux, est la cause d'une foule d'accidents, tant pendant la grossesse que pendant l'accouchement. L'utérus, pendant la grossesse, ne s'élève pas

---

(1) Voici les dimensions d'un bassin très-large que je possède. Le diamètre antéro-postérieur a quatre pouces trois quarts ; le latéral, cinq pouces cinq huitièmes ; le diagonal, cinq pouces et demi ; de la symphyse pubienne à l'articulation sacro-iliaque, cinq pouces ; du sommet de l'arcade pubienne au sacrum, il y a cinq pouces trois huitièmes ; d'une tubérosité ischiatique à l'autre, cinq pouces et demi ; et l'arcade est très-large. La profondeur du bassin au sacrum sans le coccyx est de cinq pouces. La largeur du sacrum à son sommet est de quatre pouces sept huitièmes. La profondeur du bassin sur les côtés est de quatre pouces. Il y a un bassin au musée de Saint-Barthélemy dont les dimensions sont aussi larges, quoique l'épine soit très-torse.

comme d'usage hors du bassin, ce qui produit une foule de sensations désagréables; il est même menacé, à cause du nouveau poids, d'un prolapsus; ou, si la vessie est distendue, il peut en un instant éprouver une rétroversion. A la fin de la grossesse, l'utérus peut descendre à l'orifice du vagin, et, pendant le travail, des douleurs violentes peuvent survenir avant que l'orifice de l'utérus soit entièrement dilaté, qui expulsent à la fois l'enfant et l'utérus hors du vagin. Et dans beaucoup de cas, quoique cela ne puisse pas arriver, cependant les douleurs sont vives et fatigantes, surtout si l'accoucheur n'est point averti de la nature du cas.

CHAPITRE VIII.

DES ORGANES EXTÉRIEURS DE LA GÉNÉRATION.

SECTION Ire. — *Aperçu général.*

Une partie de la symphyse du pubis et l'insertion des muscles du rectum sont recouvertes d'une grande quantité de tissu cellulaire que l'on appelle mont de Vénus; de là les grandes lèvres descendent pour se rencontrer à environ un pouce de l'anus. L'espace qui se trouve entre a reçu le nom de périnée. En écartant les grandes lèvres, on observe un petit corps saillant de la largeur d'un doigt au-dessus du ligament pubien: c'est le clitoris, et il est entouré d'un repli de la peau, appelé le prépuce du clitoris. De ce repli, ou plutôt du sommet du clitoris, on voit s'élever de chaque côté deux petites crêtes charnues, qui se continuent obliquement en bas à la partie interne des grandes lèvres pendant l'espace environ d'un pouce et un quart. Elles ont reçu le nom de Nymphes, ou de petites lèvres, ou de lèvres internes. En les écartant, on observe, à environ un pouce au dessous du clitoris, l'extrémité de l'urètre, justement au-dessous de l'orifice du vagin qui, chez l'enfant, est en partie fermé par une membrane semi-lunaire, appelée membrane hymen. Ces parties sont toutes comprises sous le nom général de vulve, ou d'organes extérieurs de la génération. — Les grandes lèvres et le périnée sont recouverts d'un fascia dense, sous-cutané, qui provient, comme nous l'avons déjà remarqué, de celui du muscle fessier et de la partie interne de la cuisse. Il couvre l'érecteur du clitoris en tournant autour de l'arcade du pubis; il sert à fixer les parties externes plus fortement aux os; et cette attache est beaucoup renforcée par la couche interne qui sort de l'intérieur de bassin. L'aponévrose périnéale est plus forte que le fascia qui recouvre les grandes lèvres.

SECTION II. — *Des grandes et petites lèvres.*

Les grandes lèvres n'ont rien de particulier dans leur structure; elles sont composées d'un tissu cellulaire graisseux recouvert d'une aponévrose; leur surface externe ressemble à la peau; et à l'âge de puberté, elles sont généralement couvertes de poils, ainsi que le mont de Vénus; leur surface interne est couverte de la membrane muqueuse de la vulve; elles sont placées plus près l'une de l'autre en bas qu'en haut, et à leur jonction postérieure, une petite bride, appelée la fourchette, s'étend à travers, bride que l'on peut aussi considérer comme le bord antérieur du périnée; elle est généralement déchirée dans le premier accouchement. Il peut n'y avoir qu'un bord semi-lunaire formé par un repli de la membrane muqueuse. — Les nymphes semblent d'abord être un des replis de la surface interne des petites lèvres; mais, en réalité, elles ont une structure bien différente: c'est un tissu vasculaire distinct renfermé dans une duplicature de la peau qui descend de l'extrémité du clitoris. Quand on les injecte, en remplissant l'artère honteuse, on trouve que chaque petite lèvre est composée d'innombrables vaisseaux, qui, en serpentant, forment une masse oblongue. Celle-ci s'unit supérieurement au clitoris dont elle est peut-être une dépendance; tandis que le repli lâche de la peau dans lequel elle est placée permet aux grandes lèvres d'être distendues plus sûrement et plus facilement lors du passage de l'enfant. Les nymphes deviennent plus minces à mesure qu'elles descendent vers le vagin et se terminent vis-à-vis son orifice ou celui de l'urètre.

SECTION III. — *Du clitoris.*

Le clitoris est un petit corps ressemblant au pénis, entouré d'un prépuce, mais n'ayant point d'urètre; il consiste en deux corps caverneux qui partent des

branches de l'ischion et du pubis et s'unissent à la symphyse pubienne : ils sont munis de deux muscles analogues aux érecteurs de la verge. Quand les piliers du clitoris et les nymphes sont remplis de cire, on trouve de chaque côté deux corps vasculaires injectés : l'un d'eux en contact immédiat avec les os, l'autre plus interne, eu égard à la symphyse du pubis. Quand l'un est injecté, l'autre l'est aussi, et tous les deux se réunissent à la partie supérieure. Le clitoris formé par la jonction de ses piliers, proémine en dehors d'un huitième de pouce environ, car une portion ne se voit point, et il est supporté par un ligament suspensoir assez fort, qui s'attache à la symphyse. Si l'on tire à soi la pointe du clitoris, on soulève la membrane de manière à former une espèce de prolongement cylindrique jusqu'à la commissure supérieure. Le ligament cellulo-fibreux s'y trouve contenu. Quand le clitoris est gorgé de sang, il devient plus rond et proémine un peu plus. Il est doué d'une grande sensibilité et sa surface est couverte d'une multitude de papilles nerveuses. Il est placé sur la surface de la symphyse, à environ trois quarts de pouce au-dessus du bord supérieur de l'orifice de l'urètre.

SECTION IV. — *De l'urètre et de la vessie.*

En écartant les nymphes, on trouve un espace lisse, appelé vestibule, s'étendant en bas depuis le clitoris, dans l'espace d'environ trois quarts de pouce; à sa terminaison, et juste au-dessus du vagin, se trouve l'orifice de l'urètre qui, quoique n'étant pas un des organes de la génération, mérite cependant une attention particulière. La vessie est placée dans la partie antérieure du bassin, immédiatement derrière la symphyse du pubis; mais, quand elle est distendue, elle s'élève, et on a vu son fonds aller même jusqu'à l'ombilic. Elle est unie à la partie antérieure et supérieure du vagin, dans l'espace d'un pouce ou d'un pouce et demi, par un tissu cellulaire dense et une aponévrose qui va de l'une à l'autre. Puis, à partir de l'insertion du vagin, au-dessus de la lèvre antérieure de l'utérus, elle adhère à la surface antérieure du col, quelquefois seulement à sa terminaison, aux lèvres de l'orifice utérin, mais plus souvent à environ un pouce de cet orifice. Là, l'aponévrose vésicale passe à la partie antérieure du col, ou du corps de l'utérus, et, au point de sa réflexion, le péritoine se réfléchit aussi. Si l'on souffle dans la vessie, elle soulève à peine le péritoine au-dessus de la surface de l'utérus. Dans l'état de flaccidité de la vessie, le péritoine tapisse la symphyse jusqu'à sa partie la plus déclive, et s'unit à la surface interne de la vessie par un tissu cellulaire lâche; mais, quand elle est distendue, le péritoine s'élève avec elle et est poussé au-dessus du pubis (1). L'urètre a depuis un pouce jusqu'à un pouce et demi de long, et passe sur la partie supérieure du vagin, qui est plus épaisse et plus ridée le long de son trajet; de sorte que, si on examine l'urètre à travers le vagin, l'on a la fausse sensation d'un cordon charnu très-épais. Il adhère à la partie antérieure ou supérieure du vagin jusqu'à ce qu'il se termine au col de la vessie, qui est composé d'un tissu élastique, agissant comme sphincter, quoiqu'il ne paraisse pas être musculaire. L'adhérence des deux canaux est si intime que, quoiqu'on puisse les séparer par la dissection, cependant au premier abord ils paraissent comme s'ils étaient unis par une cloison commune. Au-dessus du col de la vessie, le vagin adhère à cet organe; une espèce de fascia passe du vagin à l'urètre et à la vessie, les unissant fortement sur les côtés. Le releveur de l'anus embrasse l'urètre ainsi que les parois du vagin, et un feuillet aponévrotique recouvre aussi cette couche musculaire. La structure de l'urètre est extrêmement simple, car elle consiste en une continuation de la tunique interne de la vessie, recouverte d'un tissu serré, mais élastique, environ de l'épaisseur d'une feuille de parchemin. En fendant le canal, on découvre sur son trajet de nombreux follicules muqueux, dont deux, situés bien au-dessus de l'orifice, sont remarquables par leur largeur. L'urètre est très vasculaire; quand il est injecté et desséché, son orifice est entièrement rouge. Dans l'état de non-gestation, il suit beaucoup la direction du détroit inférieur; de sorte qu'une sonde, introduite dans la vessie et poussée dans la direction de l'urètre, irait, au bout de trois pouces et demi, frapper le fond de l'utérus; et si elle était poussée un pouce et demi plus loin, elle toucherait le sommet du second os du sa-

(1) Voyez la rétroversion de l'utérus et le prolapsus de la vessie.

crum; mais une petite déviation de l'urètre en haut dirigerait la sonde vers le promontoire du sacrum.

Quand on suit la face supérieure ou antérieure du vagin, l'on découvre, là où les rides du vagin finissent et où commence la surface unie du vestibule, une fente irrégulière qui est l'orifice de l'urètre. Le canal de l'urètre descend d'abord dans le prolongement du vagin; et puis, quand il arrive à l'ouverture du vagin lui-même, il en suit la direction. Par conséquent, il n'est pas entièrement droit, mais légèrement coudé à son extrémité, à moins que le vagin ne soit tiré très en haut. Comme l'utérus a beaucoup de rapport avec la vessie à sa partie inférieure, il s'ensuit que, lorsqu'il s'élève dans la grossesse, la vessie est aussi un peu soulevée ou dirigée plus en avant, et le vagin étant allongé, l'urètre qui y est attaché est aussi dirigé un peu plus en haut, et peut-être rapproché de la partie interne de la symphyse du pubis. Chez les femmes qui, par difformité du bassin ou pour d'autres raisons, ont le ventre très-proéminent, la vessie est quelquefois refoulée par-dessus le pubis, l'urètre un peu recourbé, et son ouverture en quelque sorte cachée au dedans de l'orifice du vagin. — Quand il est nécessaire de pratiquer le cathétérisme, il est important de pouvoir le faire promptement, ce qui n'est nullement difficile. La femme devra être placée sur le dos, les cuisses écartées et les genoux un peu relevés; on placera un bassin entre les cuisses, ou bien on attachera une vessie à l'extrémité du cathéter pour recevoir les urines. L'instrument sera porté sous la cuisse; les grandes et petites lèvres seront écartées avec les doigts. On glissera doucement la sonde le long de la fossette, au-dessous du clitoris, qui conduit à l'orifice de l'urètre, que l'on distinguera aisément par une dépression irrégulière justement au-dessus de l'entrée du vagin, plus ou moins éloignée de l'orifice, suivant que le vagin est rétracté. Le bout de l'instrument doit glisser légèrement sur la fossette, étant conduit par le doigt, ensuite il entrera facilement dans l'urètre : alors, on doit le diriger selon l'axe du détroit inférieur, et évacuer ensuite les urines. On peut aussi introduire promptement la sonde en plaçant l'extrémité du doigt juste sur l'orifice du vagin; et en promenant l'instrument le long du doigt, il entrera du premier coup, ou après un léger mouvement de haut en bas, dans le canal de l'urètre. Cette opération doit être toujours pratiquée dans le lit, et la malade ne doit jamais être découverte. Dans les cas de fractures, de contusions, etc., lorsque la femme ne peut se retourner sur le dos, le cathéter peut être introduit par derrière, sans remuer la malade. Quand la vessie est refoulée au-dessus du pubis, comme il arrive dans les cas de grande difformité du bassin, il est quelquefois nécessaire de se servir ou d'un cathéter flexible, ou d'une sonde d'homme, dont la concavité serait dirigée en avant. Quand il y a rétroversion de l'utérus, si l'on ne peut se servir d'une sonde d'argent, on peut employer une sonde en gomme élastique. Quand, pendant le travail, la tête de l'enfant est entrée dans le bassin, l'urètre est accolé à la symphyse du pubis; alors la sonde flexible ou plate doit être introduite parallèlement à la symphyse, tandis que la tête de l'enfant sera un peu soulevée avec le doigt. A la vérité, ce petit déplacement de la tête suffit de lui-même pour permettre aux urines de couler; et quand, après l'accouchement, il y a rétention d'urine, il suffit souvent de soulever un peu l'utérus avec le doigt.

SECTION V. — *De l'orifice du vagin et de la membrane hymen.*

L'orifice du vagin, strictement parlant, est presque en face de la partie antérieure de la tubérosité ischiatique, à environ un pouce et demi au-dessous de la symphyse du pubis et dans la direction du détroit inférieur du bassin. Il est dans tous les âges, mais surtout chez les enfants, beaucoup plus étroit que le canal lui-même. Il est entouré d'un sphincter musculaire, qui est large d'environ trois quarts de pouce et séparé du relevcur de l'anus par un léger sillon. L'on peut dire qu'il naît postérieurement du sphincter de l'anus et des muscles transverses du périnée, pour s'unir pardevant avec le clitoris; il est accompagné d'un plexus musculaire appelé le plexus rétiforme. Le sphincter se contracte quelquefois spasmodiquement, et les nerfs sont si sensibles, que le coït devient douloureux, et qu'à la fin il reste quelque degré de constriction circulaire. La guérison dans tous les âges est de diviser latéralement la partie resserrée. Quand ce moyen est négligé, le coït produit quelquefois un phlegmon ou un abcès.

Chez les enfants, l'orifice est toujours fermé par une membrane appelée l'hymen, dont la partie supérieure forme une ouverture semi-lunaire pour le passage des menstrues. Tantôt elle est imperforée ou bien criblée de petits trous, tantôt absorbée en totalité ou en partie. Chez les vierges adultes, l'hymen est situé à trois huitièmes de pouce de la fourchette; à sa base, il a un quart de pouce de large, et ses bords à leurs extrémités montent le long du vagin jusque sur le côté de l'urètre, se terminant comme les petites lèvres dans le prépuce du clitoris. Il est formé par le repli de cette aponévrose qui recouvre les grandes lèvres. La membrane muqueuse de la fosse naviculaire se continue sur l'hymen, tandis que celle du vagin tapisse sa surface interne, et les deux se rencontrent sur les bords. On a supposé que l'hymen était primitivement formé de quatre portions angulaires; mais souvent chez les enfants on ne trouve aucune trace de ces limites, quoique l'on voie quelquefois de chaque côté une ligne plus pâle et plus mince, comme si la membrane devait se rompre plus facilement à ce point. Immédiatement derrière l'orifice du vagin, entre lui et la fourchette, il existe une petite cavité transversale, ou sinus, entre les grandes lèvres, qui s'étend plus en arrière que le vagin : c'est ce qu'on appelle la fosse naviculaire. Elle est tout-à-fait lisse, tandis que le vagin est rugueux. La limite est souvent marquée par un repli ou une bandelette transversale.

Le nerf honteux, après être rentré dans le bassin, fournit plusieurs petites branches qui vont à l'obturateur interne, au sphincter de l'anus et à l'extrémité du rectum; puis il se partage en deux; le tronc principal, comme on peut le dire, se rend avec l'artère au clitoris, recouvert dans son passage le long des branches du pubis par le muscle érecteur; l'autre division se distribue au périnée et au vagin. Il s'approche du vagin presque au même point où ce dernier s'unit au périnée, se subdivise et se ramifie à l'extrémité de cette jonction, mais surtout à son orifice. Ce nerf est souvent sensible au point de causer de vives douleurs dans le coït et à d'autres époques. On peut le mettre à nu en faisant une section, à travers la peau et l'aponévrose, sur le côté de la grande lèvre et du périnée, commençant sur une ligne parallèle à l'orifice du vagin, et prolongeant l'incision à deux pouces en arrière: ce nerf étant confondu avec le tissu cellulaire, il ne peut être aisément aperçu dans cette opération; mais on peut le diviser en retournant le tranchant du bistouri et en coupant le vagin en travers jusqu'à sa tunique interne, mais sans l'intéresser. Ce n'est pas assez de fendre simplement l'orifice du vagin, il faut prolonger l'incision à un demi-pouce en haut, à partir de l'orifice et diviser largement la membrane muqueuse dans une direction latérale. Il n'est pas nécessaire de rapporter avec détail la distribution de l'artère honteuse : on la trouve au dedans de l'ischion, entre cet os et le vagin, en introduisant le doigt jusqu'à la seconde phalange. Elle marche à un pouce et un quart au-dessus de la pointe dénudée de la tubérosité, et ses pulsations peuvent être appréciées. Elle est placée plus haut que le nerf.

SECTION VI. — *Du périnée.*

Le périnée est cet espace compris entre l'anus et l'orifice du vagin, ou plutôt le bord du vagin, appelé la fourchette. Il a depuis un pouce jusqu'à un pouce et un quart de largeur, et se compose d'abord d'une peau épaisse au-dessous de laquelle se trouve un tissu cellulaire dense; puis, il y a une forte aponévrose qui recouvre un tissu musculaire, plus ou moins distinct, derrière lequel se trouve encore du tissu cellulaire, mais pas très-dense; et; enfin, l'on trouve la surface inférieure de l'extrémité du vagin. L'angle formé par le vagin qui se dirige en avant, et la terminaison du rectum sont remplis de tissu cellulaire; mais, en allant plus en arrière, l'on trouve qu'aussitôt que les deux conduits se rencontrent, ils deviennent unis, comme on l'expliquera dans la suite. Cette union forme la cloison recto-vaginal. Les muscles se composent en dedans du releveur de l'anus, qui a été déjà décrit, et qui, en tournant sur la surface postérieure ou inférieure du vagin, s'unit avec celui du côté opposé, et aussi avec le sphincter de l'anus et l'extrémité du rectum. Le muscle transverse du périnée n'est pas toujours séparé, mais il est quelquefois très-fort. Le sphincter externe de l'anus passe du coccyx autour de l'extrémité du rectum, et se termine dans le périnée de telle manière que les portions des deux côtés, en s'avançant, se croisent mutuellement et se perdent dans le transverse. Un autre

muscle naît de tout ce lacis, qui forme le périnée et embrasse l'orifice du vagin. On le trouve au dedans des grandes lèvres, en une bandelette, de chaque côté du vagin; il s'étend en avant vers le clitoris: c'est le constricteur du vagin. Les artères périnéales venant de la partie honteuse, se ramifient au milieu de ces muscles. La solidité du périnée et le support qu'il fournit, aussi bien que la résistance qu'il apporte au passage de l'enfant, ne dépendent pas seulement des muscles et de l'épaisseur de la peau, mais encore plus de la force de l'aponévrose.

CHAPITRE IX.

DES ORGANES INTÉRIEURS DE LA GÉNÉRATION ET DU RECTUM.

SECTION Ire. — *Du vagin.*

Les organes intérieurs de la génération se composent du vagin et de l'utérus avec ses dépendances.

Le vagin est un canal qui s'étend de la vulve à la matrice. Il est composé principalement d'un tissu particulier, dense et cellulo-fibreux, d'une couleur grisâtre et doué d'élasticité. Ce tissu devient plus lâche à mesure que l'on s'avance, et partout il est vasculaire. Les veines sont nombreuses particulièrement à la partie postérieure. Près de l'orifice on remarque un plexus rétiforme; il est recouvert d'une couche musculaire mince, formée par le sphincter, et celle-ci est recouverte par le releveur de l'anus et l'aponévrose. Cette tunique dense s'identifie avec la partie supérieure des lèvres de l'orifice de l'utérus, et est unie par un tissu cellulaire avec les parties le long desquelles passe le vagin. Elle est tapissée par un prolongement de la membrane muqueuse de la surface interne des grandes lèvres; et cette tunique interne, qui est aussi épaisse que du parchemin, forte et élastique, forme de nombreuses rides transversales sur les parois antérieures et postérieures du vagin; mais, auprès de l'orifice, ces rides ne s'étendent plus en travers, mais ce sont des élevures courtes et oblongues. Souvent chez les vierges on voit une légère saillie longitudinale de la membrane muqueuse, et une autre à la partie postérieure, toutes se terminant à la surface interne de l'hymen, ou tout auprès d'elle. Quelquefois la saillie postérieure se bifurque devant l'hymen et s'y implante par deux piliers. A un quart de pouce environ, en arrière de l'urètre, de chaque côté, on trouve une petite projection ou caroncule de la membrane muqueuse; quelquefois il y en a une aussi en avant, juste au-dessous de l'urètre, et très-souvent une autre par derrière. On les a nommées caroncules myrtiformes. L'inférieure est peut-être formée en partie par le pilier interne de l'hymen, quand il est rompu; mais ces éminences ou ces replis ne sont pas très-réguliers. Ces caroncules sont plus distinctes après la rupture de l'hymen, dont la base ou les piliers augmentent peut-être le volume. Près de l'utérus, le vagin est plus lisse, les rides ne se rencontrent que dans l'espèce humaine, et sont très-visibles chez les vierges; mais, après que le vagin a été distendu, elles sont moins élevées, et quelquefois la surface est presque lisse. Dans tout le trajet de cette tunique, on observe des ouvertures quelquefois assez larges, de nombreux follicules glanduleux, qui sécrètent un fluide muqueux. Chez le fœtus, il est d'un blanc laiteux; chez l'adulte, il est presque incolore. La membrane muqueuse est rougeâtre près de l'orifice, plus haut elle est grisâtre, et au fond elle est bigarrée, comme s'il y avait des taches d'ecchymoses. Le vagin est très-vasculaire, et, quand les parties sont bien injectées, desséchées, et mises dans de l'huile de térébenthine, on voit que les vaisseaux sont à la fois gros et nombreux. Immédiatement au-dessous de la symphyse du pubis, l'on observe une multitude de vaisseaux qui entourent l'urètre, ou la partie supérieure du vagin; à l'extérieur du tissu propre du vagin, il existe une membrane celluleuse qui l'unit aux parties voisines.

Le vagin forme un canal recourbé, qui suit beaucoup la direction de l'axe du détroit inférieur et de la cavité du bassin; il n'est pas arrondi, mais très-aplati; il est plus large supérieurement qu'inférieurement, et chez les jeunes sujets il est très-rétréci vers son orifice. Lors de la puberté, l'orifice a moins d'un demi-pouce de diamètre, tandis qu'à l'intérieur le canal a près de trois quarts de pouce. De là on doit rechercher les marques du viol chez la vierge, surtout si elle est arrivée à peine à l'âge de puberté, dans l'état de l'orifice du va-

gin, dans le gonflement et la rougeur des nymphes, et à l'intérieur des grandes lèvres : l'hymen est déchiré, ses fragments sont sanglants ; et s'il y a eu pénétration complète, à un tel âge et dans de telles circonstances, l'orifice même du vagin sera en partie déchiré et la fourchette plus ou moins injuriée. Après un court espace de temps l'inflammation produit un écoulement muco-purulent. Je parle seulement ici des symptômes locaux et je ne dis rien des autres, tels que la marque du sperme, etc. La partie antérieure du vagin se dirige obliquement en haut, vers la symphyse pubienne ou le vestibule, et à la jonction de ses parois elle est perforée par l'urètre, tandis que la partie postérieure se termine plus brusquement. A son extrémité supérieure, le vagin ne s'unit pas directement aux lèvres de l'orifice de l'utérus, mais il s'attache un peu au-dessus d'elles, plus haut postérieurement qu'antérieurement ; de sorte que la lèvre postérieure de l'utérus est mieux sentie que l'antérieure. Chez l'enfant, le vagin s'attache encore plus haut, et les lèvres de l'utérus font saillie au dedans comme un pénis. La longueur de la partie antérieure du vagin, quand il n'est pas distendu, est d'environ trois pouces.

La tunique interne du vagin se réfléchit sur les lèvres de l'utérus et passe dans sa cavité pour la tapisser. L'union de l'utérus avec le vagin est si intime, que l'on ne peut établir entre eux une distinction exacte ; et l'on peut dire que l'un se perd dans l'autre. Le vagin en avant adhère très-intimement à l'urètre; et quand ce canal finit, il est adhérent à la vessie, pendant environ un pouce et demi, par un tissu cellulaire mince. Ils sont aussi liés ensemble par une aponévrose commune. Par derrière, le vagin rencontre le rectum, et leur union forme la cloison recto-vaginale. Il y a, si le vagin est allongé, près d'un pouce de ce conduit entre l'orifice de l'utérus et le point où il s'unit au rectum ; et, s'il n'est pas distendu, la longueur est quelquefois seulement d'un demi-pouce. Cette portion est recouverte par un repli du péritoine, et au dedans de ce repli par une aponévrose fine qui se réfléchit de la surface du rectum au vagin et au col de l'utérus. Sur les côtés, le péritoine descend un peu plus bas. A partir du point de jonction jusqu'à presque l'extrémité du vagin, les deux canaux sont unis par un tissu cellulaire mince, qui renferme un plexus vasculaire composé particulièrement de veines; et quand ils sont séparés l'un de l'autre, leur surface est lisse. L'extrémité du vagin est unie au rectum, au devant du périnée, par un tissu fibreux résistant, qui intercepte toute connexion avec le périnée lui-même. On peut aisément séparer les deux conduits l'un de l'autre, à partir de ce point jusqu'au repli de l'aponévrose, au haut du vagin, où l'on retrouve une seconde barrière. On voit, par conséquent, comment un kyste contenant du liquide peut aisément se former dans le trajet de la cloison recto-vaginale, et comment ce liquide serait séparé du périnée et aussi de la cavité abdominale, non-seulement par le péritoine, mais par l'aponévrose. Du pus qui se formerait sous l'aponévrose périnéale, ne pourrait aussi pendant quelque temps s'étendre au-dessus, le long ou à l'intérieur de la cloison. — Quand on introduit le doigt dans le vagin, on sent l'urètre à sa partie antérieure, qui ressemble, à cause de l'épaisseur du vagin, à un cylindre charnu très-dense. Par derrière, on peut suivre le rectum jusqu'à la pointe du coccyx. Sur les côtés, on distingue les branches de l'ischion et du pubis, et en même temps le muscle obturateur interne. Dans un bassin bien conformé, le doigt ne peut aisément aller plus loin que le sommet du coccyx ou la partie inférieure du sacrum; pendant le travail cependant, à cause du relâchement des parties, on peut sentir l'os à une plus grande hauteur.

SECTION II. — *De l'utérus et de ses annexes.*

L'utérus est un corps aplati, d'une forme un peu triangulaire, étant beaucoup plus large en haut qu'en bas. Il est divisé par les anatomistes en fond ou partie supérieure, qui est légèrement convexe et qui est située au-dessus de l'insertion des trompes de Fallope ; en col ou partie étroite et inférieure, en corps qui comprend tout l'espace entre le fond et le col, et, enfin, en orifice qui est la terminaison du col de l'utérus, et qui consiste en une petite fente transversale dont les deux bords ont été appelés les lèvres de l'utérus. L'utérus renferme une cavité aplatie d'une forme triangulaire, qui s'ouvre dans un canal étroit pratiqué dans le corps qui aboutit au col, pour se

continuer jusqu'à l'orifice utérin. Aux angles supérieurs on peut apercevoir les ouvertures des trompes de Fallope. La cavité et le détroit sont recouverts d'un prolongement de la membrane interne du vagin; mais elle n'a pas la même apparence qu'elle a dans le vagin. La surface de la cavité triangulaire est lisse, et la membrane qui la recouvre est aussi très-lisse et très-vasculaire. La surface du détroit du col est ridée, les rides qui existent même chez le fœtus proviennent d'un repli longitudinal et médian de la membrane; ils sont quelquefois disposés d'une manière régulière et ont quelque ressemblance avec un palmier; mais quelquefois aussi la surface est irrégulièrement ridée. Cette partie n'est pas aussi vasculaire que la cavité qui est au-dessus; elle contient entre les rides plusieurs follicules qui sécrètent un fluide muqueux. Quelques anatomistes nient qu'il y ait une membrance interne distincte du tissu propre de l'utérus. Là où la cavité du corps de l'utérus se termine dans le détroit du col, le canal est légèrement contracté.

Pour reconnaître plus facilement les changements que l'utérus subit, soit pendant la grossesse ou dans les maladies, il est utile de donner les détails suivants : — La longueur de la matrice, depuis le bord des lèvres jusqu'au sommet du fond, a deux pouces trois quarts. La largeur entre l'insertion des trompes au fond de la matrice est de deux pouces trois huitièmes à deux pouces cinq huitièmes, le milieu du fond s'élève à un quart de pouce au-dessus d'une ligne tirée de l'insertion d'une des trompes à l'autre. Le commencement du corps a un pouce un quart de large et un pouce d'épaisseur. Les parois du corps n'ont qu'un demi-pouce, mais au fond elles ont environ sept huitièmes ou un pouce moins un huitième. L'épaisseur de la partie du col qui fait saillie dans le vagin, y compris la membrane de ce canal qui s'y réfléchit, est d'un pouce un huitième, sa largeur est d'un pouce un quart. La largeur de sa terminaison, ou des lèvres de l'orifice utérin, est d'un pouce un huitième; l'épaisseur, y compris les deux lèvres, est de trois quarts de pouce. La longueur de la fente tranversale ou de l'orifice utérin est depuis trois huitièmes jusqu'à un demi-pouce, et le bout des doigts peut à peine être introduit entre les lèvres. Chaque lèvre à trois huitièmes de pouce d'épaisseur, quoique l'on dise que la postérieure soit la plus mince. Les lèvres sont lisses et douces au toucher chez la vierge; mais après l'accouchement elles peuvent avoir de légères fissures, toutefois sans maladie. Les lèvres sont recouvertes par une continuation de la membrane muqueuse du vagin qui pénètre dans l'utérus pour le tapisser. On voit plusieurs petits follicules sur leur surface. Le vagin s'insère à environ un quart de pouce au-dessus de la lèvre antérieure; mais postérieurement à une plus grande hauteur, à environ un demi-pouce au-dessus de la lèvre postérieure. L'utérus ne doit pas faire dans le vagin une plus grande saillie, de sorte que le doigt ne peut aller plus haut, soit en avant ou en arrière, sans refouler le vagin. Mais, quand il y a quelque degré de relâchement, l'utérus descend, de sorte que le vagin semble s'attacher beaucoup plus haut, mais il est seulement renversé ou distendu jusqu'à cette distance. Du bord de la lèvre au sommet du col, il y a un pouce, quelquefois seulement trois quarts et même moins. Du sommet de la cavité triangulaire du fond, au commencement du cylindre étroit du corps, il y a un pouce un huitième. La grande largeur du sommet de la cavité s'étend de l'orifice d'une trompe à celui de l'autre, il y a près d'un pouce et demi. La distance entre l'extrémité du fond et le commencement du col est de trois huitièmes de pouce; cette cavité est étroite spécialement à l'endroit où elle se termine au col. Là elle laisse à peine passer une sonde ordinaire, plus haut elle est un peu plus large. La cavité du corps et du fond est tapissée d'une membrane muqueuse douce au toucher. — Quelques utérus à l'état sain sont plus larges, ayant, par exemple, plus de trois pouces de long, la largeur des lèvres étant à l'extérieur d'un pouce un quart, l'épaisseur de sept huitièmes, la longueur de la lèvre antérieure un demi-pouce, celle de la postérieure trois quarts de pouce. Dans l'enfance, la forme de l'utérus varie au cinquième mois de la vie intra-utérine, il est angulaire comme chez l'adulte. Au neuvième mois, il est aussi angulaire, ayant cinq huitièmes de pouce de long, et un demi-pouce de large à son fond. La plus grande partie est au-dessus du bassin, mais cachée par la vessie. A sept ans, il a un pouce un quart de longueur, il est aplati et presque uniformément large jusqu'à ce qu'on arrive au fond qui prend un aspect angulaire plus à cause du prolongement des

trompes qu'à cause de sa propre forme. La cavité du corps et du fond est tapissée d'une membrane douce et blanchâtre. Celle du col, qui fait plus de la moitié de toute la cavité, est rougeâtre et exfoliée. A quatorze ans, l'utérus est encore petit, ayant à son fond un pouce et demi de longueur sur un de largeur. La cavité du col a près d'un pouce de longueur. La fente ou l'orifice utérin a trois seizièmes de pouce de long, les lèvres ont ensemble environ un demi-pouce. Avant la puberté, peut-être à dix-huit ans, la longueur est de deux pouces un huitième; la largeur du fond, d'un pouce trois huitièmes. Dans la vieillesse l'utérus devient plus petit et plus dense spécialement dans son corps et à son fond. Breschet prétend que chez les femmes de quatre-vingts à cent ans, l'utérus est divisé en deux lobes par une cloison placée entre le corps et le fond.

Le tissu de l'utérus se compose de nombreuses fibres disposées très-irrégulièrement, ayant des vaisseaux multipliés qui se ramifient dans le péritoine et se distribuent aux ovaires, aux trompes et dans l'espace intermédiaire. Il se forme ainsi un tissu dense vasculaire qui constitue la substance de l'utérus. En ouvrant la matrice on peut apercevoir, sur la surface coupée, plusieurs ouvertures irrégulières: ce sont les sinus veineux; les fibres que l'on découvre sont musculaires, mais on ne peut dans l'état de non gestation les voir prendre aucune direction régulière. — Les artères de l'utérus sont au nombre de quatre, qui correspondent aux veines. Les deux artères supérieures naissent, soit très-haut de l'aorte, soit des artères mammaires. Elles descendent de chaque côté, en serpentant derrière le péritoine, et se distribuent aux ovaires, aux trompes et à la partie supérieure de l'utérus. On les appelle artères spermatiques. Les deux inférieures, que l'on nomme utérines, viennent de l'artère hypogastrique, elles se rendent de chaque côté à l'utérus à un demi-pouce au-dessus des lèvres. Elles se distribuent au col et à la partie supérieure du vagin. Ainsi le fond de l'utérus est alimenté par les artères spermatiques, et le col par les artères utérines, et celles-ci de chaque côté envoient des branches qui les font communiquer l'une avec l'autre; mais, outre cette communication, l'artère utérine se continue sur le côté de la matrice, et s'anastomose avec la spermatique, de sorte que des deux côtés il y a des troncs artériels qui fournissent abondamment du sang au corps de l'utérus. Les veines correspondent aux artères, mais elles sont placées plus haut. Les nerfs de l'utérus proviennent de deux sources, du sympathique et des nerfs sacrés, particulièrement de la troisième paire avec des rameaux de la quatrième et quelquefois de la seconde. Les nerfs sacrés se mêlent aux sympathiques, pour former un plexus destiné à l'utérus, au vagin, etc. Ces deux espèces de nerfs remplissent-ils des fonctions distinctes? Les branches sympathiques sont-elles pour le mouvement, et les nerfs sacrés pour le sentiment? Dans certains cas de maladies utérines le sacrum vers le second os est sensible à la pression. Le plexus spermatique est formé sur l'aorte à l'origine de l'artère spermatique, il descend avec elle aux ovaires et aux trompes. Le plexus le plus important est appelé par Tiedemann le grand plexus lombaire supérieur, et est placé au devant de la cinquième vertèbre lombaire et de l'artère iliaque primitive, et accompagne l'artère utérine; il se distribue au corps de l'utérus, et envoie une branche pour communiquer avec la portion sacrée. Les plexus latéraux supérieurs et inférieurs vont au col utérin, au vagin, à la vessie et au rectum (1). Il y a une sympathie particulière entre les nerfs du col et de l'orifice utérin et ceux de l'estomac. J'ai vu, même en touchant avec le doigt, l'orifice de l'utérus, à l'époque avancée du travail, ou à la fin de la grossesse, produire uniformément un mal de cœur et des envies violentes de vomir. — Les vaisseaux lymphatiques dans l'état de non-gestation sont petits et difficilement aperçus. Ceux de la partie supérieure de la matrice et des ovaires descendent avec les vaisseaux spermatiques et se terminent dans les ganglions, sur les côtés des vertèbres lombaires. De là, dans les maladies des ovaires, il peut y avoir de la douleur et du gonflement dans les ganglions; mais le plus grand nombre des lymphatiques suivent la direction de l'artère utérine, plusieurs vont aux ganglions iliaques et sacrés, et quelques-uns accompagnent le ligament rond. C'est ce qui explique pourquoi, dans certains états de l'utérus, les ganglions inguinaux se tuméfient.

---

(1) Tiedemann, *Tab. nerv. uteri* ou *Home's Lectures*, vol. VI, planches 19 et 21, et Np. C. *Hawkins* dans Phil., trans. 1225, p. 70.

D'autres passent en bas à travers les ganglions du vagin ; de là, dans le cancer de la matrice l'on sent souvent ces ganglions durs et engorgés, quelquefois même au point de fermer presque le vagin.—L'artère passe sur les côtés du col pour pénétrer dans la vessie, sur une ligne parallèle à l'orifice de l'utérus. La matrice est recouverte par le péritoine, qui abandonne ses parois pour gagner la partie latérale du bassin un peu avant la symphyse sacro-iliaque; et ces replis qui, lorsque l'utérus est refoulé en haut, et la vessie vide, semblent partager la cavité pelvienne en deux parties, sont appelés très-improprement les ligaments larges de la matrice. Chez l'homme, le péritoine passe du pubis et de la partie antéro-latérale du détroit supérieur du bassin, à la vessie, descend le long de sa partie postérieure, d'où il se réfléchit sur les côtés vers la cavité pelvienne et postérieurement sur le rectum. De là, lorsque la vessie est vide ou refoulée en haut, la main peut être glissée entre elle et le rectum dans un enfoncement profond qui s'étend d'un côté du bassin à l'autre. C'est ce que l'on voit lorsque la vessie vide est repoussée en haut, mais non lorsqu'elle est distendue par de l'air ou de l'eau, car alors la partie postérieure de la vessie est en contact avec la surface du rectum, et l'on ne peut distinguer l'enfoncement qu'en glissant les doigts entre les deux viscères. La même poche existe chez la femme, avec cette différence que le péritoine se continue de la vessie à l'utérus, le recouvre et descend le long de sa partie postérieure, et un peu le long du vagin, et de là se réfléchit pour gagner le rectum et les parois du bassin. Il descend plus bas sur les côtés du vagin et du rectum, et aussi à la partie postérieure où ces canaux se rencontrent; par conséquent l'on y trouve un repli de chaque côté formant une espèce de poche entre le rectum et le vagin, et l'on a aussi deux légers prolongements latéraux.

Dans l'état de non-gestation, quand la vessie est vide et que les intestins sont refoulés au-dessus du bassin, on voit le péritoine glisser en arrière et en bas jusqu'à ce qu'il rencontre la partie antérieure du col de l'utérus. Il recouvre l'utérus, descend sur le sommet du vagin, d'où il passe en arrière pour se mettre, comme chez l'homme, en contact avec le rectum. L'utérus n'est point horizontal, mais il est situé obliquement dans le fond de la cavité, y formant en quelque sorte le plancher. Puis, en remontant au haut de la matrice, on arrive au rectum, et dans l'état de vacuité de la vessie, si l'utérus n'est pas soulevé de manière à découvrir la chambre postérieure, on supposerait qu'un feuillet creux du péritoine pourrait être suivi sans interruption, à partir du pubis, le long de la base ou du détroit inférieur, jusqu'à la surface antérieure du sacrum. Quand la vessie est distendue, le péritoine est à peine soulevé, c'est-à-dire qu'il se réfléchit à peine au-dessus de la surface de la matrice; l'utérus est en quelque sorte, mais très-peu, soulevé en même temps que la vessie. L'utérus est placé de manière que généralement rien ne puisse pénétrer entre lui et le rectum; mais il peut arriver que quelques anses intestinales se glissent entre la matrice et le rectum, et la moindre pression qui y est produite suffit pour causer un trouble dans les fonctions digestives, et même un certain degré d'obstruction au passage des matières fécales, soit à travers l'anse, ou bien à travers le rectum. Et dans ce cas aussi bien que dans plusieurs autres, les lavements ne passent point; mais le rectum, quand ils sont introduits avec force, est pressé antérieurement contre la tumeur formée par l'anse intestinale et par la matrice, et une espèce d'invagination arrive dans l'intestin. L'orifice utérin est presque dans un état naturel, mais la présence de l'intestin donne au col plus d'épaisseur qu'il n'en a réellement. Dans une constipation opiniâtre provenant de cette cause, on introduira toute la main dans le vagin. La matrice et l'intestin seront refoulés en haut en même temps qu'un lavement salé sera passé dans le rectum à travers une canule flexible que l'on introduira avec précaution jusqu'au sommet du sacrum. Les intestins peuvent descendre encore plus bas et pousser en avant, ou même refouler une partie du vagin, ou ils peuvent descendre davantage sur ses côtés; ainsi il y a production d'une hernie vaginale, périnéale ou vulvaire, suivant la direction que prennent les intestins. Si le doigt est introduit entièrement dans le rectum, l'on peut sentir à travers ses parois la lèvre postérieure et une portion de la partie postérieure du col de l'utérus. Dans la position naturelle l'on ne peut atteindre le corps, et il faut introduire une sonde jusqu'à près de quatre, quelquefois même six pouces, dans l'intérieur de l'anus pour arriver à

une ligne parallèle avec le sommet du fond. Il est situé presque à la hauteur du sommet du second os du sacrum, ou plus ou moins haut suivant les circonstances. L'orifice de l'utérus est dirigé en avant selon que le fond est incliné en arrière; dans tous les temps, lorsqu'on introduit le doigt dans le rectum, on peut sentir l'extrémité de l'utérus qui le presse. Dans quelques cas de relâchement ou de prolapsus, la pression paraît produire non-seulement un plus ou moins grand obstacle au passage des matières fécales, mais aussi des sensations désagréables, du ténesme, etc. Dans un plus grand déplacement de la matrice (l'antéversion ou la rétro-version par exemple), la pression est quelquefois telle qu'elle produit presque une obstruction complète, des vomissements de matières fécales et une mort lente; et dans quelques-uns de ces cas, l'orifice utérin en touchant par le vagin paraît être beaucoup plus dans sa position naturelle qu'on ne le croirait sans l'examen. Quand l'utérus est soulevé et que les replis latéraux du péritoine, appelés les ligaments larges, sont étendus, l'on observe qu'à la partie supérieure ils forment deux replis ou deux ailerons transversaux, l'un en avant et l'autre en arrière. Dans les premiers se trouvent les trompes de Fallope, et dans les seconds les ovaires. Ces replis deviennent plus larges à leur extrémité, de sorte qu'ils forment un angle, et la partie la plus large a bien un pouce nn quart de largeur, c'est-à-dire qu'il y a cette distance entre l'extrémité de la trompe et l'ovaire.

Outre ces replis on en remarque encore un autre de chaque côté qui s'étend depuis le fond de l'utérus au-dessus de l'ouverture de la trompe jusqu'à la ligne ilio-pectinée, sur le côté du bassin, et de là il se rend dans l'aine. Il contient un cordon assez épais qui naît du fond de l'utérus, passe par le canal inguinal pour aller se perdre dans les grandes lèvres. Ces cordons, qui sont appelés les ligaments ronds de l'utérus, se composent de nombreux vaisseaux sanguins, de quelques vaisseaux lymphatiques, de petits nerfs et de tissu cellulaire; ils passent sur les côtés de la vessie en croisant les uretères. Les trompes de Fallope chez les quadrupèdes ne sont que les prolongements des cornes de l'utérus, mais chez la femme elles ont une structure bien différente de celle de la matrice. Elles paraissent se composer en grande partie de tissu spongieux et fibreux, qui, comme l'observe Haller, peut se tuméfier comme le clitoris. Elles sont creuses, forment des canaux tapissés par la continuation de la membrane interne de l'utérus, et, comme elles sont situées dans l'aileron antérieur des ligaments larges de la matrice, elles sont nécessairement recouvertes par le péritoine. Elles naissent des angles supérieurs de la cavité utérine par de très-petits orifices; mais à l'autre extrémité elles se terminent par une ouverture large, avec des bords dentelés que l'on appelle les franges de la trompe. La surface interne des canaux est plissée, et les plis suivent une direction longitudinale (1). L'extrémité de la trompe est recourbée par l'aileron du ligament large de manière qu'on ne peut la redresser, la trompe dans sa courbure a environ quatre lignes de longueur.

Les ovaires (2) sont situés dans l'ai-

---

(1) Purkinje Valentine et Sharpey ont observé, chez les lapines qui étaient pleines, de petites portions de la membrane muqueuse qui s'agitaient et tournaient autour de leur axe; on suppose que ces mouvements appelés ciliaires poussent l'œuf.

(2) Chez les oiseaux, on trouve que les ovaires contiennent un grand nombre d'ovules de différente grosseur. Ceux qui sont le plus près du canal large appelé l'*oviduc* qui conduit au cloaque, sont les plus gros, tandis que ceux qui en sont éloignés sont très-petits. L'ovule bien formé se détache de l'ovaire, et, dans son trajet, il est pourvu d'albumine et des membranes nécessaires, et de sa coquille. Chez les poissons vivipares, comme la raie, etc., la même structure existe. Ces poissons ont deux ovaires contenant des œufs de différente grosseur; les plus petits sont blancs, les plus gros sont jaunâtres, et ils descendent dans un canal qui contient un corps glandulaire qui fournit les membranes de l'œuf. Chaque ovaire a un canal séparé qui forme une vaste poche, se terminant sur les côtés du cloaque par des orifices qui ont un repli comme une valvule; le cloaque lui-même forme un ample réservoir qui paraît plutôt être la continuation du canal de l'œuf que la terminaison du rectum. Chez les poissons ovipares, l'on connaît les ovaires sous le nom de *rogue*, et tous les œufs visibles sont de la même grosseur et si nombreux qu'il y en a qui en contiennent plus de 200,000; ils sont enveloppés dans une membrane fine et transpa-

leron postérieur du ligament large; ce sont deux corps aplatis ayant depuis un pouce un quart jusqu'à un pouce et demi de longueur, un peu ovalaires, mais généralement plus larges à une extrémité et plus étroits à l'autre. La portion la plus large a depuis un demi-pouce de largeur jusqu'à cinq huitièmes de pouce; l'épaisseur est d'un quart de pouce; quand on les coupe, ils ont une apparence glandulo-cellulaire dans laquelle on peut voir de petits vaisseaux; outre qu'ils sont recouverts par le péritoine, ils ont une membrane propre appelée albuginée, qui semble envoyer des cloisons plus ou moins distinctes dans leur tissu. Dans cette substance sont logées à des profondeurs différentes les vésicules dites de Graaf; celles-ci ne sont pas en nombre défini, car quelquefois on en trouve au plus une douzaine, et quelquefois plus de vingt. Elles ont différents degrés de développement, les unes profondes ne sont pas plus grosses que la semence du coriandre, les autres plus superficielles sont aussi grosses que des pois, et on les voit faire une légère saillie à travers la tunique albuginée. Elles ont deux membranes qui adhèrent l'une à l'autre, et l'externe est très-vasculaire; celle-ci adhère à la substance environnante. Les vésicules sont remplies d'un fluide albumineux contenant de nombreux globules visibles au microscope; mais, outre le fluide, on trouve aussi un ovule pas plus gros qu'un petit grain de sable, mais qu'on observe à l'œil nu; sa structure sera détaillée par la suite. Après la fécondation une des vésicules grossit et devient plus proéminente. Sa propre membrane et celle de l'ovaire se rompent ou sont absorbées, et l'ovule passe dans l'extrémité frangée de la trompe, qui, à cette époque, est adhérente à l'œuf. Si l'on met à part une vésicule même avant la fécondation et qu'on la soumette au microscope, l'on voit à l'intérieur un disque plus ou moins cellulaire entourant l'ovule, ou s'appuyant dessus. Il est formé de globules rassemblés les uns près des autres, et on l'appelle le disque *proligère*. Quand l'œuf est expulsé, la vésicule rompue est remplie d'un corps rougeâtre, uni à la membrane interne, et pendant quelque temps il y a une petite cavité centrale, où le centre est rempli par un peu d'albumine. L'ouverture extérieure à travers laquelle l'œuf s'est échappé se ferme; la cavité centrale disparaît graduellement, et il ne reste qu'un tissu uniformément globulaire, appelé d'après sa couleur le corps safrané, quoique dans quelques animaux la couleur ne soit point jaunâtre. On a supposé que, même lorsque la fécondation n'avait pas lieu, les vésicules suivaient la même direction, et en se rompant laissaient échapper un ovule stérile, et que par conséquent les corps safranés n'étaient point une preuve que la femme ne fût pas vierge. Il est évident que les vésicules doivent se rompre ou être à la fin absorbées ou détruites. L'opinion générale, pour le moment, est que les corps safranés peuvent être trouvés chez la vierge (1). M. E. Home consi-

---

rente, et des cloisons fournies par cette enveloppe partagent les parties internes et fournissent des points d'attache aux œufs qui sont expulsés avant la fécondation; on les nomme des poissons ovipares, et, à proprement parler, ils n'ont point de canal de l'œuf. Les ovaires des grenouilles ressemblent à ceux des poissons, et les œufs, avant d'être expulsés, sont enveloppés d'un fluide glaireux. Dans le limaçon, on trouve à la fois des testicules et des ovaires; l'ovaire est comme une grappe contenant un grand nombre de petits grains ou d'ovules attachés par des pédoncules qui sont des canaux conduisant dans le canal de l'œuf; c'est un canal qui va en serpentant, et qui, après avoir adhéré au testicule, s'ouvre dans la cavité commune de la génération auquel aboutit aussi le pénis ou le canal du testicule, et, pendant la copulation, les deux individus se fécondent mutuellement l'un l'autre. Les ovaires de la couleuvre sont comme un chapelet. L'ovaire de l'ornithorhyncus contient, comme les oiseaux, des ovules, mais recouverts d'une membrane résistante. Dans l'opossum, ils sont logés dans l'ovaire. Le hérisson a un ovaire comme une grappe de raisin, et l'ovaire de la civette a une surface noueuse et ressemble à un amas de petits globules. La truie a aussi un ovaire qui, à l'extérieur, ressemble un peu à celui des animaux ovipares; la plupart des autres quadrupèdes ont un ovaire plus lisse et d'une forme un peu oblongue; et en général, les trompes et les ovaires sont détachés comme chez la femme. Mais dans la loutre, mon frère a observé que tous les deux étaient renfermés dans une espèce de capsule formée par le péritoine; de sorte qu'une grossesse extra-utérine abdominale ne pouvait arriver chez cet animal.

(1) Le docteur Montgomery a fait voir

dère ce corps comme étant le nid où se forme une (1) vésicule. Chez le fœtus les ovaires et les trompes sont placés sur les psoas ; mais chez l'adulte ils flottent dans le bassin, tandis que l'utérus s'enfonce dans la cavité pelvienne. A quatoze ans, l'ovaire a un pouce de long et un demi-pouce de large, et un quart de pouce d'épaisseur. Un peu avant la puberté, il a plus d'un pouce de longueur, et cinq huitièmes de large. Même dans l'enfance on peut observer les rudiments des vésicules, mais ce n'est qu'après la puberté que l'on peut les distinguer.

SECTION III. — *Du rectum.*

Le rectum mérite d'être ici remarqué, vu que ses maladies deviennent fréquemment un objet de consultation. Sa structure est semblable à celle des autres intestins, mais il n'est recouvert par le péritoine que dans une portion. Cette membrane forme sa tunique externe seulement jusqu'à l'endroit où il s'unit avec le vagin, puis elle descend un peu plus bas sur ses côtés. Au-dessus du péritoine et jusqu'à son orifice l'on trouve une tunique musculaire composée principalement de fibres longitudinales à la partie supérieure et surtout de fibres circulaires au tiers inférieur. Elles deviennent plus distinctes à mesure que l'on s'approche de l'anus, de sorte que l'intestin est entouré en quelque sorte par une ceinture musculaire, dans l'espace de deux pouces, tandis que plus haut les fibres deviennent moins fortes; c'est ce qu'on a appelé le sphincter interne, mais on peut le considérer comme une portion plus forte de la membrane musculaire. Le sphincter externe entoure l'orifice, il est aplati, large, et ses extrémités se croisent dans le périnée. Il naît d'une bandelette ligamenteuse qui s'étend de l'extrémité du coccyx à la partie postérieure du rectum vers l'anus et qui sert jusque-là de support au rectum. Cette bande, plus distincte dans quelques cas que dans d'autres, peut être décrite simplement comme une portion plus épaisse vers la ligne médiane de cette aponévrose générale déjà mentionnée qui s'étend du sacrum et du coccyx à l'ischion et au périnée. Dans tous les cas, au sommet du sphincter interne, ou bien à l'endroit où les fibres deviennent plus faibles, il y a dans les deux sexes une légère chute ou prolapsus de la membrane muqueuse, quelquefois de toute l'épaisseur du rectum et que l'on sent distinctement quand on y introduit le doigt. Ceci quelquefois devient le premier siége d'une maladie ou d'une induration, et alors l'anus ressemble à un orifice utérin. Je l'ai vu pris dans un état naturel pour un rétrécissement, et tandis que cette invagination est sentie à l'intérieur, il y a quelquefois au-dessus une dilatation partielle de l'intestin de manière à former une poche qui tourne autour de la portion réfléchie de l'aponévrose pelvienne; dans cette poche, lorsqu'une quantité de matières fécales s'y amasse, il peut survenir une obstruction sérieuse, et si on l'examine par le vagin elle peut ressembler à une portion de matrice hypertrophiée. Si vers ce point plus ou moins haut dans le rectum, suivant la position de l'utérus, l'on dirige le doigt en avant, on sent distinctement l'orifice utérin qui comprime l'intestin; la lèvre postérieure est perçue aussi distinctement que l'est, à travers le rectum, la sonde introduite dans l'urètre de l'homme, et, quand la matrice est sensible, on y produit de la douleur en la touchant par le rectum. Dans quelques cas de léger prolapsus, la pression de l'utérus sur la surface du rectum, aidée par le poids et le paquet des intestins grêles dans le bassin, apporte quelque obstacle au passage des matières; mais il est plus grand quand l'utérus est renversé, même à un léger degré, car alors l'obstruction est quelquefois complète. Une personne sans expérience ne saurait concevoir comment une légère pression puisse obstruer le rectum et par là donner lieu à une constipation opiniâtre, à la maigreur ou au vomissement de matières fécales, et enfin à la mort. J'appelle, par conséquent, l'attention du jeune médecin sur ce suje et sur l'effet que cause le moindre déplacement de la matrice. Une autre circon

---

que cela est faux ou inexact. « Ils diffèrent, dit-il, en ce qu'ils n'ont aucune saillie ou aucun prolongement de l'ovaire sur eux. La membrane externe manque; il n'y a point de vaisseaux à leur surface; leur forme est triangulaire ou carrée; leur tissu est comme les débris d'un caillot, sans aucune cavité centrale, ni raies blanches, et très-souvent on en trouve plusieurs dans le même ovaire. »

(1) Il n'est pas nécessaire de réfuter cette théorie. Le corps safrané est graduellement absorbé, et quelques mois après l'accouchement, il a disparu complètement, ou il n'est point distinct.

stance qui a rapport au rectum et particulièrement au sphincter demande quelque remarque. Je veux parler d'une espèce de spasme ou de rétrécissement accompagné d'une grande sensibilité dans les nerfs hémorrhoïdaux et peut-être même dans le nerf honteux. Dans le dernier cas, le sphincter du vagin est souvent spasmodiquement contracté, et le coït cause de la douleur. Quand le sphincter de l'anus est seul affecté, la malade éprouve une vive douleur au moment d'aller à la garde-robe. Souvent elle est brûlante, et s'étend au sacrum et au dos, et dure une heure ou deux après une selle. Elle est quelquefois assez forte pour produire, chez les personnes hystériques, des évanouissements ou des attaques d'hystérie. L'examen à l'aide du doigt cause une grande douleur qui dure un temps considérable. Cet état est généralement accompagné d'une maladie locale, telle qu'une fistule, une excroissance à l'intérieur de l'anus, ou une simple fissure de l'orifice qu'on n'aperçoit que lorsqu'on l'ouvre en écartant ses bords avec le doigt. Dans ce cas, du sang est rendu par les selles, et la fissure passe pour exister aux piliers internes. Dans quelques cas il n'y a point de fissure, mais seulement une douleur du sphincter, et c'est ce qui peut arriver à une période très-peu avancée de la vie. La liberté du ventre et l'injection d'huile d'olive calment souvent la douleur, et je l'ai vu guérir par ces moyens. Mais le remède le plus certain est celui proposé par Boyer (1), qui consiste à diviser le sphincter avec un bistouri, et il remarque, ce que je sais être vrai, qu'il n'est pas nécessaire de le diviser à l'endroit même où existe la fissure. Je n'ai pas besoin de dire que, dans le cas de complication d'une fistule, l'opération pour cette maladie divise plus ou moins le sphincter. Après la division, la plaie doit être remplie de charpie comme dans l'opération de la fistule.

A l'intérieur de la membrane musculaire l'on trouve une couche cellulaire dense, appelée par les uns membrane muqueuse, dans laquelle sont logés les ganglions. La membrane interne est une muqueuse, et par la contraction des fibres musculaires circulaires elle forme souvent des plis longitudinaux. Les nerfs de la partie inférieure du rectum sont nombreux, et les vaisseaux de cet intestin sont à la fois gros et nombreux, de sorte que, dans la rupture de la cloison recto-vaginale et dans d'autres lésions, l'hémorrhagie est souvent considérable et demande le tamponnement pour être arrêtée. Des excroissances se forment souvent sur la surface du rectum et deviennent sérieuses à cause de la douleur et de l'hémorrhagie. Elles produisent à peu près les mêmes symptômes que ceux déjà décrits, à propos de la fissure, mais on les diagnostique par la pression ; il faut les faire sortir au dehors et les ôter. La maladie la plus formidable qu'on rencontre dans cet organe, c'est le squirrhe qui est généralement de nature cancéreuse. Je renvoie pour la description aux traités de chirurgie ; quant au traitement, il doit être simplement palliatif, c'est-à-dire qu'il faut éviter tout ce qui peut exciter le système ou la partie malade ; il faut tenir les intestins libres et les selles liquides, par un doux laxatif aidé quelquefois d'un lavement d'eau tiède administré avec précaution, et dans la dernière période on a recours aux anodins pour calmer la douleur, et quelquefois à des injections d'eau pour ôter les matières âcres et fétides ; des injections médicamenteuses produisent rarement du bien, et le bain de siége n'est utile que comme un calmant momentané, lorsqu'il diminue la douleur. Un suppositoire composé de ciguë et d'opium est souvent d'une plus grande efficacité. L'extirpation a été dernièrement pratiquée, dit-on, avec succès, par M. Lisfranc (1).

(1) Boyer, tome x, p. 125.

(1) Rev. méd., juin 1836.

CHAPITRE X.

DES MALADIES DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION.

SECTION Ire. — *Abcès des grandes lèvres.*

Les grandes lèvres sont sujettes à plusieurs maladies ; la première que je mentionnerai, c'est l'inflammation phlegmoneuse : elle peut arriver à toutes les périodes de la vie et sous différentes circonstances, comme, par exemple, à la suite de l'irritation du sphincter, que l'on a déjà décrite ; mais souvent elle arrive pendant l'état de grossesse, surtout vers le sixième et septième mois de la gesta-

tion, et elle peut survenir tout-à-coup plus d'une fois dans la même grossesse; quelquefois elle survient dans l'accouchement, en conséquence de la violence que les parties ont souffertes pendant le travail. Elle est accompagnée des symptômes ordinaires de l'inflammation, comme la chaleur, la douleur, le battement des artères et plus ou moins de gonflement, souvent avec de la fièvre. La tumeur est quelquefois dure et mobile comme un ganglion, surtout quand la marche de la maladie est plus lente que de coutume. En général, le cours de la maladie est rapide, la douleur et l'inflammation sont très-aiguës, et la partie se tuméfie promptement. En peu d'heures, surtout si l'on a appliqué un cataplasme, l'abcès commence à poindre à l'intérieur des grandes lèvres, et la nymphe disparaît, ou, si elle reste, elle est déplacée. Quelquefois il aboutit dans les trente-six heures de son apparition. On peut, par le moyen d'applications d'acétate de plomb et de légers laxatifs, faire résoudre l'inflammation; mais le plus souvent elle se termine par la suppuration, qui doit être favorisée par des fomentations et des cataplasmes chauds. S'il était nécessaire, on pourrait donner un opiat pour calmer la douleur. Il faut mettre un oreiller entre les genoux pour prévenir toute compression de la partie malade. Autant que possible, on ne doit point faire la ponction de l'abcès; mais, si la douleur et la tension sont insupportables, il faut contenter la malade en pratiquant une petite ouverture. Une grande quantité de sang sortira, dans ce cas, avec le pus. Après que l'abcès a percé, on peut panser les parties avec du cérat doux. Si l'ouverture de l'abcès était plus haute que le fond, il sera nécessaire, si le pus continue de sortir, de la tenir béante, après quoi la plaie guérira promptement. A cause de l'aponévrose sous-cutanée des grandes lèvres, ces abcès ne percent jamais en dehors. — Quelquefois il se forme près des nymphes une tumeur élastique, petite, mais désagréable, qui se termine en un abcès, et qui est extrêmement douloureuse au toucher. Il faudra appliquer un cataplasme, et la malade restera sur un sofa.

SECTION II. — *Ulcération des grandes lèvres.*

La surface interne des grandes lèvres est souvent le siége d'ulcération et d'excoriation que les femmes peuvent généralement éviter en se lavant tous les jours les parties. La forme ordinaire que présente l'excoriation est celle d'une surface à nu, comme si la peau avait été enlevée après un vésicatoire. Très-souvent ces plaies proviennent d'une acrimonie produite par le manque de propreté, surtout parmi les petites filles; et chez elles les grandes lèvres, si l'on n'y prend garde, peuvent adhérer. Le traitement consiste à tenir les parties propres, à baigner la place avec une légère solution de sulfate de zinc et à prévenir la cohésion. Si les parties ne guérissaient pas promptement, il faudrait les laver avec de l'eau-de-vie, ou avec une très-faible solution de nitrate d'argent, ou bien il faudrait les toucher avec le caustique. Quand l'adhérence a lieu, elle peut être détruite, si elle est légère, en écartant doucement une lèvre de l'autre; si elle est plus étendue, il faudra séparer les parties avec le bistouri. Dans tous les cas, il faut empêcher la réunion en lavant souvent la surface avec une solution d'alun, et en appliquant un petit morceau de charpie, recouvert de cérat. La simple démangeaison des parties peut être guérie par un bain tiède et par de l'huile de castoreum, ou en fomentant les parties avec du lait et de l'eau. — Quelquefois l'on trouve des ulcérations plus profondes, qu'il est très-important, pour le bonheur domestique des personnes, de distinguer des chancres. Rien ne paraît plus aisé dans le livre que d'en établir le diagnostic; mais dans la pratique cela est souvent très-difficile. Un chancre bien marqué commence par une inflammation circonscrite de la partie, ensuite il se forme une petite vésicule qui crève ou qui est remplacée par une croûte, et l'on voit un ulcère creux, comme si la peau avait été percée avec un emporte-pièce. Sa surface n'est point lisse, mais rugueuse et couverte d'un pus qui est ordinairement de couleur grise. Les bords sont rouges, et l'aspect général de la plaie est livide; mais la marque caractéristique du chancre c'est un épaississement ou une dureté de la base et des bords de l'ulcère. La marche de la plaie est ordinairement lente, soit à guérir ou à s'étendre. Quand on emploie des médicaments, le premier effet qu'ils produisent c'est d'ôter par degrés la callosité des bords, et de diminuer la suppuration ou bien d'en changer la nature; de sorte que l'on peut voir à nu la

surface de la plaie; elle a, en général, un aspect sombre et rouge qui persiste jusqu'à ce que le virus soit absorbé et que l'action des parties malades soit changée. Or, d'après cette description, on peut supposer que l'on ne serait nullement embarrassé de dire si un ulcère est syphilitique ou non; mais en pratique l'on rencontre bien des modifications: l'épaississement peut être moindre dans un cas que dans un autre, et peut n'être pas aisément reconnu, et cependant l'ulcère peut être véritablement vénérien; un état particulier de la constitution ou de la partie affectée peut modifier grandement les effets du virus; il peut y avoir une inflammation étendue ou un ulcère phagédénique, et cependant l'action peut être vénérienne. Toutefois, il est bon de savoir dans ces cas que peu de temps après, à moins qu'il ne survienne une croûte épaisse, l'aspect de la plaie devient plus beau, que le caractère propre du chancre se démasque, et que les médicaments ordinaires guérissent la malade.

L'inflammation phagédénique est une maladie très-fâcheuse et quelquefois formidable, surtout chez les enfants. Je remarquerai seulement ici cette forme qui paraît chez les adultes, et qui, à cause de sa contagion, peut être prise pour la syphilis. Elle commence par une rougeur livide de la partie, suivie promptement de vésication et d'ulcération qui s'étend latéralement et quelquefois profondément. L'ulcère a un aspect rongeant, il est douloureux, rend une grande quantité de pus et est accompagné très-souvent de fièvre. Une variété de cette maladie est suivie d'une gangrène superficielle qui peut reparaître souvent, et elle est généralement précédée d'un bel aspect de la plaie. Il ne faut pas la confondre avec la gangrène produite par une simple inflammation ou irritation des parties: elle est semblable pour la nature et pour le traitement à la gangrène commune. Il faut laver la plaie avec une décoction de fleurs de camomille, mêlée avec un peu de laudanum, et puis y appliquer un doux pansement. Le repos est essentiel pour la guérison, et s'il existe un état fébrile, il faut le combattre par la saignée ou des laxatifs, suivant son mode et sa gravité; on donnera ensuite de doux diaphorétiques: d'abord la décoction de salsepareille, puis celle de quinquina. L'extrait de ciguë à l'intérieur est souvent utile, et un cataplasme de ciguë peut trouver son application. S'il se forme un bubon, il faut le traiter de la même manière. Dans le cas où la douleur et la gangrène sont considérables, et que le traitement calmant n'a pas réussi promptement, il est bon de brûler la surface en la cautérisant avec de l'acide nitrique concentré; cela cause une vive douleur pour un temps; mais un onguent opiacé la calme, et elle ne revient plus. Ensuite une solution de chlorure de chaux est un bon moyen. S'il n'y a point de fièvre, le mercure ou l'acide nitrique change souvent l'action des parties; mais il faut les donner toujours avec précaution. — Quelquefois des ulcères causés par l'irritation paraissent successivement aux différentes parties des grandes lèvres ou à l'orifice du vagin, et guérissent lentement l'un après l'autre. Ils ont un aspect enflammé, les bords sont quelquefois tuméfiés, et la surface est d'abord irrégulière et déprimée, mais ensuite elle se couvre de nombreuses granulations. Il y a un autre ulcère que l'on trouve à l'intérieur des grandes lèvres, et qui généralement atteint la largeur d'une pièce de dix sous: la surface est entièrement plate, un peu au-dessous du niveau des parties environnantes. Les bords sont épaissis et quelquefois calleux, la suppuration est peu abondante, l'ulcère n'est point généralement douloureux, la surface est polie, spongieuse, sans dureté à la base. Ces plaies se trouvent généralement fort bien de l'emploi des stimulants, surtout des caustiques et des médicaments âcres. Lorsqu'elles ne cèdent pas à ce traitement, il sera convenable d'avoir recours à un usage modéré du mercure. Quelques-uns de ces ulcères, comme les phagédéniques, sont contagieux.

Quelques-uns produisent quelquefois des symptômes secondaires, comme des ulcères à la gorge. Quand ils succèdent à un ulcère dont la marche a été différente de celle du chancre, et qu'ils ont été guéris sans l'usage du mercure, il est supposable que les derniers guériront aussi en soignant simplement la santé générale, et peut-être par des applications locales. Mais s'ils persistent sans s'amender, ou s'ils menacent d'envahir quelque partie importante, alors il ne faut pas différer davantage l'essai des mercuriaux.

SECTION III. — *Excroissances des grandes lèvres.*

Quelquefois, après un léger degré d'inflammation, qui cause de la chaleur et de la démangeaison, de nombreuses excroissances paraissent au dedans des grandes lèvres : elles sont molles et fongueuses, ou bien dures et ayant la forme de verrues. Ces deux états peuvent être la suite d'une inflammation vénérienne; mais ils peuvent survenir indépendamment de cette maladie ; quand bien même une suppuration s'établirait dans les fongus et dans les verrues, il ne faudrait pas conclure qu'elles sont syphilitiques, mais appeler à l'aide de son jugement les circonstances concomitantes. Les verrues peuvent être facilement enlevées par l'application de la poudre de sabine, seule ou mêlée avec le précipité rouge, et pendant le traitement on lavera les parties avec de l'eau de chaux. La poudre devra être appliquée à la base des verrues, car leur tissu est presque insensible. On peut enlever quelquefois les excroissances fongueuses par la ligature; mais, quand les parties sont sensibles, il faut les détruire en appliquant une forte solution de caustique avec un pinceau, ou les arroser de substances âcres. — Si ces médicaments ne peuvent être supportés, il faut d'abord calmer la sensibilité par des fomentations tièdes, avec une décoction de pavots, ou avec de l'eau aiguisée d'un peu de laudanum, ou avec une décoction de ciguë, ou bien avec une faible infusion de belladone. S'il y avait lieu à soupçonner une action syphilitique, il faudrait administrer le mercure en même temps que l'on ferait les applications locales convenables; mais, dans les cas douteux, j'ai vu donner ce médicament sans aucun avantage. Ces excroissances, par leur aspect, leur vive douleur et leur pus fétide, peuvent faire soupçonner qu'elles sont cancéreuses; mais elles commencent différemment que le cancer, et cèdent généralement à des applications convenables.

SECTION IV. — *Tumeurs squirrheuses.*

Des tumeurs solides peuvent se former dans les grandes lèvres, et se distinguent par leur dureté et leur mobilité sous la peau jusqu'à ce que l'inflammation les fasse adhérer. Ces tumeurs sont quelquefois scrofuleuses et causent peu de douleur, même quand elles suppurent. Souvent elles sont cancéreuses; elles se distinguent des précédentes par leur grande dureté, leur inégalité et leur douleur lancinante. Si elles ne sont pas enlevées, l'abcès cancéreux proémine à la surface interne des grandes lèvres, son sommet prend une couleur foncée, il se rompt, et un fluide rouge s'écoule à l'extérieur; alors le fongus apparaît. Bientôt après les ganglions de la partie supérieure de la cuisse, et quelquefois ceux qui sont sur le trajet du vagin se tuméfient. Si l'on peut enlever toutes les parties malades, il faut pratiquer l'opération (1); sinon, il faut apaiser les symptômes par un pansement convenable et des opiacés.

SECTION V. — *Tumeurs polypeuses.*

L'on voit souvent des tumeurs charnues et molles, ou des tumeurs polypeuses et dures, naître des grandes lèvres. Toutes les deux, surtout la dernière, peuvent gêner par leur poids et leur volume. Elles peuvent aussi, par le frottement, s'ulcérer, et l'ulcération est toujours de mauvaise nature; il faut par conséquent les enlever de bonne heure, ou par la section, ou par la ligature. Si la base est large, il faut employer la double ligature; mais la section est toujours préférable, surtout s'il y a de la dureté à l'endroit où il faut appliquer la ligature. Des tumeurs enkystées peuvent se former dans les grandes lèvres : elles sont élastiques et contiennent un fluide glaireux. On peut ouvrir le kyste, ou l'enlever après l'avoir disséqué.

M. Clark (2) décrit, sous le nom de tumeur graisseuse des grandes lèvres, un engorgement qui affecte particulièrement les femmes grasses, et qui, quoiqu'il puisse s'étendre même jusqu'au mont de Vénus, ne s'élève pas à plus d'une ligne ou deux au-dessus de la surface, et ne subit aucun changement de couleur. Il exhale toutefois de sa surface une grande quantité d'eau ou de sérum, qui peut, en irritant la partie, produire une excoriation ou causer un érysipèle. Il con-

(1) Une énorme tumeur, qui couvrait les deux tiers supérieurs de la cuisse et s'étendait le long du vagin et du rectum, fut extirpée par M. Goutayron. Boyer, Traité, tom. x, p. 397.

(2) On discharges, part. II, p. 127.

seille l'application de la poudre d'amidon, seule ou mêlée avec des astringents; mais il pense que les spiritueux valent mieux. Un soulagement momentané peut être obtenu par de l'eau froide ; si la santé en souffre et si le quinquina ne produit aucun effet, il faut extirper la tumeur. Comme la maladie paraît consister en une sécrétion séreuse des follicules de la peau, une solution de nitrate d'argent, assez forte pour agir comme un doux caustique, pourrait être utile.

SECTION VI. — *Œdème des grandes lèvres.*

La tumeur œdémateuse des grandes lèvres est ou une conséquence de la grossesse, ou un symptôme d'hydropisie générale. Le volume de la tumeur est variable: quand elle dépend de la grossesse, il est rare qu'il soit nécessaire d'agir; et même pendant le temps du travail, quoique la tumeur soit grande, il faut s'en effrayer peu, vu qu'elle cédera à la pression de la tête de l'enfant. Mais si, à une époque quelconque de la grossesse, la distension était assez forte pour causer beaucoup de douleur, on pourrait alors faire une ou deux ponctions pour évacuer le liquide ; mais ceci est rarement nécessaire. De doux laxatifs sont généralement utiles. On a proposé d'appliquer des vésicatoires aux environs de la partie malade ; mais ils sont douloureux et même dangereux. Quand le gonflement dépend de l'hydropisie, il faut employer les diurétiques ; mais si la femme est enceinte, il faudra les administrer avec précaution.

SECTION VII. — *Hernie, déchirures des grandes lèvres, etc.*

La hernie génitale se forme dans le milieu des grandes lèvres ; elle peut être suivie jusque dans la cavité du bassin, à la partie interne de la branche de l'ischion; et on peut la sentir aussi loin que s'étend le vagin. Elle diffère de beaucoup de la hernie inguinale, qui se loge aussi dans les grandes lèvres, en ce qu'on ne découvre pas de tumeur sur le trajet du ligament rond dans l'aine. Elle remonte quelquefois lorsque la malade est couchée, ou elle peut être rentrée par la pression. Un pessaire réussit peu à la maintenir, à moins qu'il ne soit extrêmement large; il n'est pas aisé d'y appliquer un brayer; mais on peut retirer de grands avantages d'un bandage en T, ou de celui qu'on emploie pour le prolapsus de l'anus. Si on ne peut la réduire, il faut la soutenir avec un bandage convenable, qui ne soit point trop serré. — Quelquefois les grandes lèvres sont naturellement très-petites ou extrêmement larges ; l'une peut être plus large que l'autre. La déchirure des grandes lèvres doit être traitée comme les autres blessures. Quand l'hémorrhagie est grande, on tamponnera le vagin, surtout si l'on ne peut découvrir le vaisseau; et une forte compresse sera appliquée à l'extérieur et maintenue par un bandage convenable.

SECTION VIII. — *Maladies des nymphes.*

La maladie la plus fréquente à laquelle les nymphes soient sujettes, c'est l'allongement. Lorsqu'elles font saillie au-delà des grandes lèvres, elles se recouvrent d'une peau blanche et moins sensible; mais quelquefois elles s'excorient, et pour cette raison ou pour d'autres, les femmes se soumettent à la résection des nymphes. On la pratique par une simple incision; mais, comme la partie est extrêmement vasculaire, il faut ensuite arrêter l'hémorrhagie, soit par la ligature, ou la compression. En négligeant cette précaution, la malade peut perdre du sang jusqu'à la défaillance. Dans quelques pays, ce prolongement des nymphes est très-commun (1); chez d'autres, les nymphes et le prépuce du clitoris sont ôtés dans l'enfance (2). Les nymphes sont sujettes aux ulcérations, aux tumeurs et aux autres maladies des grandes lèvres.

---

(1) Les femmes, parmi les Bosjesmans, ont quelquefois les nymphes de cinq pouces de longueur. Leur couleur est d'un bleu livide comme les crêtes de dindons. (Voyez Barrow's *Travels in Africa*, vol. I, p. 279; *Med. chir. Trans.*, vol. VII, p. 154. Voir aussi le récit d'une hottentote dans la *Lancette*, N° 478, p. 147.)

(2) Sur les rivages du golfe Persan, parmi les chrétiens en Abissinie, et en Égypte parmi les Arabes et les Coptes, on circoncit les petites filles. — Niebuhr dit qu'à Kahira les femmes qui font cette opération sont aussi bien connues que les sages-femmes. (Voyages, vol. II, p. 250.)— Dr. Winterbottom, dans son récit de la Sierra-Leona, vol. II, p. 239, dit que la circoncision est pratiquée chez les femmes de Mandingo, de Foola et de Sooloo.

— Quelquefois par des chutes, mais le plus souvent pendant le travail (1), la structure vasculaire des nymphes est lésée, et une grande quantité de sang s'épanche dans la substance cellulaire des grandes lèvres, y produisant une tumeur noire très-douloureuse(2). Cela peut arriver même avant que l'enfant soit expulsé : et dans un cas de ce genre, la sage-femme prenant ce gonflement pour la saillie des membranes, perça réellement les grandes lèvres et causa un écoulement abondant de sang (3). Ordinairement, la tumeur paraît immédiatement après l'accouchement (4), et l'attention du médecin y est appelée par sa grosseur et sa sensibilité, qui est quelquefois si grande qu'elle cause la syncope. Elle est tendue, accompagnée de palpitations et quelquefois aussi de vives douleurs dans les jambes et de violents efforts (1), comme si un autre enfant allait être mis au monde, ou comme si la matrice était renversée. Cependant on l'a vue marcher si lentement, que pendant deux jours elle n'attirait pas l'attention. Il y a aussi des exemples où l'inflammation se développe très-vite et où la cloison recto-vaginale se gangrène; et alors les matières fécales passent par le vagin (2). Quelquefois, soit dans cette maladie, ou à cause de la déchirure d'un vaisseau du bassin, du sang s'amasse le long des parois du vagin formant une espèce d'anévrisme faux dans le bassin. Dans l'espace de peu de temps, la tumeur crève et il se fait un écoulement de sang caillé et fluide (3). Cette terminaison devra être favorisée par des fomentations et des cataplasmes, et la douleur sera calmée par des opiacés. Mais si la tumeur est très-grosse, on apportera du soulagement en pratiquant une large ouverture à l'intérieur de la grande lèvre (4), ce qui peut empêcher les parties de se gangrener. Que la tumeur s'ouvre d'elle-même ou qu'elle soit ponctionnée, l'inflammation préalable peut fermer les vaisseaux de manière à empêcher l'hémorrhagie; mais si cela n'a pas lieu, il faudra remplir le vagin avec du linge fin pour empêcher le liquide de s'étendre le long des parois du bassin; une compresse sera aussi forte-

(1) M. Causaubon a inséré un mémoire sur ce sujet, dans le 1er volume du Recueil Périodique, qui contient plusieurs cas remarquables. Dans l'un d'eux, la tumeur fut causée, au septième mois de la grossesse, par un coup de pied, et fut suivie d'une hémorrhagie mortelle. Dans un autre, rapporté par Sédillot, les grandes lèvres devinrent prodigieusement distendues pendant le travail, et la tête de l'enfant ne put être saisie. Les grandes lèvres furent déchirées par l'accoucheur; ensuite l'enfant fut extrait avec le levier. Dans les cas rapportés par Baudelocque, Brasdor, etc., les tumeurs furent ouvertes et le vagin tamponné, tandis que la plaie fut remplie de charpie imbibée d'une solution d'alun, pour prévenir l'hémorrhagie.

(2) Dans un cas rapporté par M. Reeve, la tumeur qui, je suppose, provenait de la rupture d'une nymphe, fut remarquée d'abord au périnée; mais bientôt elle envahit la grande lèvre gauche, qui était énormément distendue. La douleur d'abord fut assez grande pour causer une syncope; les parties se mortifièrent et laissèrent écouler du pus et des caillots de sang; on lui donna du quinquina, et la malade alla bien. (*Lond. med. journ.*, vol. IX, p. 119.)

(3) Voyez le cas du Dr. Maitland, dans Med. comment., vol. VI, p. 95. — Le Dr. Perfect rapporte un cas où la tumeur se rompit avant que l'enfant fût mis au monde, et il y eut un grand écoulement de sang; vol. II, p. 63. — Dans un autre, qui se termina par la mort, la tumeur perça après l'accouchement et rendit cinq livres de sang. Voyez Plenk, *Elementa*, p. 3. — Un cas, par M. Sédillot, dans le *Recueil périod.*, tom. I, p. 260.

(4) Voyez les cas rapportés par le Dr. Macbride dans les *Med. obs. and inq.*, vol. V, p. 89.

(1) Dans le cas de M. Blagden, rapporté par le Dr. Baillie, la femme, bientôt après l'accouchement, éprouva de violents efforts, comme si un autre enfant allait être mis au monde. Un gonflement monstrueux parut dans la lèvre droite, s'étendant jusqu'au périnée. Une large incision fut pratiquée, et la plaie ne se guérit qu'au vingtième jour. (*Med. and phys. journal*, vol. II, p. 42.)

(2) Voyez Feichet de Flechy, observ. 375. La malade fut guérie par l'introduction d'une compresse dans le vagin, et en pansant la plaie avec un digestif.

(3) Dans le cas de M. Humpage, la tumeur s'ouvrit pendant le travail. *Med. and phys. journ.*, vol. LIII.

(4) Le Dran cite un cas où l'on évacua par l'incision plus de vingt onces de sang. Consultations, p. 415. — Voyez aussi le cas de M. Baillie, *Med. and phys. journ.*, XI, 42.

ment appliquée à l'extérieur pour arrêter toute hémorrhagie par l'ouverture. Si l'inflammation est intense, on la calmera par les moyens ordinaires. Si la suppuration était fétide, on lavera la place en y seringuant d'abord de l'eau tiède, et ensuite une faible solution de chlorure de chaux. — Les blessures de cette partie sont particulièrement dangereuses à cause de la grande quantité de sang que la malade peut perdre. Le docteur Corkindale m'a fourni quatre cas d'assassinat résultant d'une blessure faite probablement avec des ciseaux à la partie interne des petites lèvres. Dans un cas, la plaie pénétrait jusque dans la cavité abdominale; dans les autres, elle n'était pas profonde. Dans aucun il n'y avait de vaisseau apparent qui fût blessé; mais dans tous, la perte de sang devint promptement mortelle. Toutes les femmes étaient sous l'influence des liqueurs alcooliques, et une d'elles était enceinte.

SECTION IX. — *Maladies du clitoris.*

Le clitoris peut devenir squirrheux et même être attaqué d'ulcération cancéreuse; dans ce cas, il est ordinairement épaissi, augmenté de volume (1) et induré, et la malade se plaint de vives douleurs; alors survient l'ulcération, et les bords se renversent. Cette maladie se combine quelquefois avec un utérus squirrheux. Une tumeur large, en forme de verrue, vient à la suite d'une affection vénérienne (2); à moins que l'on ne puisse enlever toutes les parties malades, il faut se contenter de calmer les symptômes; mais si une opération peut comprendre toute la maladie, il faut la pratiquer. Comme la partie supérieure des nymphes participe presque toujours à la maladie, il faut qu'elle soit coupée et s'attendre à une hémorrhagie considérable. La malade est menacée d'une inflammation érysipélateuse, ou bien d'une inflammation de la vessie ou de l'utérus. Le clitoris devient quelquefois naturellement gros (1).

L'on dit que cet allongement arrive plus fréquemment dans les pays chauds que dans ces climats-ci, et qu'on en pra-

(1) M. Simmons réséqua un clitoris qui formait une tumeur de neuf pouces de long et de quatorze de circonférence à la plus grosse extrémité; la circonférence du corps était de cinq pouces. (*Med. and phys. journ.*, vol. v, p. 1.) — Dans un cas cité par Kramer, où le clitoris était volumineux, avec des excroissances en forme de choux-fleurs, et où la nymphe droite était indurée, les parties malades furent successivement enlevées par le bistouri, après qu'on eut tenté inutilement la ligature qui produisit une douleur insupportable. (Schmueker's *Miscel. surg. Essays*. Art. XXIII.)— Dans le cas du Dr. Auchincloss, une partie de l'urètre fut enlevée avec le clitoris. *Glascow, Journ.*, vol. II, p. 165. — Voyez aussi le rapport du Dr. Marfarlan's.

(2) M. Lewis, Case, *Med. and phys. journ.*, XXV, 236.

(1) Sur ce sujet, voyez Arnoud sur les hermaphrodites. Chez une enfant de trois ans, je trouvai le mont de Vénus proéminent, recouvert, ainsi que les grandes lèvres, d'une grande quantité de poils rouges; les grandes lèvres étaient larges et épaisses comme celles d'une femme adulte, mais plus courtes; leur surface interne était blanche et rugueuse, jusque près de l'orifice du vagin, où la peau était rouge; au sommet des grandes lèvres, elles se bifurquaient et faisaient voir un large clitoris qui pendait comme le pénis; il avait plus d'un pouce de long et environ un demi-pouce de diamètre, garni d'un prépuce épais et ridé. Il avait un gland distinct au bout duquel on observait quelque chose, comme une perforation; mais en le soulevant, on trouvait que ce n'était que l'extrémité d'un sillon profond qui s'étendait jusqu'à l'urètre ou l'orifice du vagin. Il ressemblait au pénis de l'homme, qu'on aurait fendu; ses côtés étaient fermés par les nymphes. Un peu avant l'orifice de l'urètre, il y avait une éminence longitudinale comme le verumontanum. Le vagin était fermé par la membrane hymen. L'utérus était volumineux comme celui d'une fille de quatorze ans et en avait la même forme. Les ovaires étaient d'une grosseur correspondante; l'un d'eux était appuyé sur le muscle psoas, l'autre flottait dans le bassin. Les trompes étaient frangées à leur extrémité; mais dans leur trajet elles étaient noueuses et tortueuses; comme le commencement du canal déférent, l'utérus était très-vasculaire et avait un aspect enflammé; son col paraissait être imperforé. — Chez un enfant mâle que j'ai vu dernièrement, les parties externes ressemblaient à celles d'une petite fille; le scrotum était fendu comme la vulve, le pénis se composait seulement des corps caverneux, et l'utérus s'ouvrait entre les grandes lèvres fermées par le scrotum.

tique quelquefois l'extirpation. Haller assigne une cause à ce prolongement. Très-souvent il est congénital et, s'il est surtout accompagné d'autres vices de conformation, l'individu peut passer pour un hermaphrodite. Le clitoris peut être sujet aux maladies plutôt de nature squirrheuse que cancéreuse. Je l'ai vu long de plusieurs pouces, épais, et s'épanouissant à son extrémité en un large polype recouvert d'une membrane lisse et muqueuse, et ulcéré dans quelques endroits. Il n'est pas certain dans quelques cas si la maladie est réellement dans le clitoris ou seulement à son prépuce.

SECTION X. — *Maladies de la membrane hymen.*

L'anomalie la plus fréquente de la membrane hymen, c'est son imperforation; mais cela n'est pas aussi commun qu'on le supposerait, car, dans beaucoup de cas, l'orifice du vagin est fermé par une forte membrane (1), et après un examen attentif, on peut voir l'hymen, avec sa perforation naturelle, appliqué contre sa surface. La conséquence de cette occlusion, qu'elle soit causée par l'hymen ou non, c'est que les menstrues ne peuvent passer. La matrice est rarement distendue, du moins à un haut degré, mais elle est soulevée, et le vagin est prodigieusement distendu; de sorte qu'une tumeur se forme dans l'hypogastre comme celle de l'utérus, au sixième ou au septième mois de la grossesse. Quand on fait l'ouverture, on trouve que le vagin est le principal foyer de la collection; on sent l'orifice utérin élargi dans la direction latérale, les lèvres sont allongées latéralement, et l'orifice est beaucoup plus large, mais on ne peut introduire le doigt dans la cavité utérine. Dans cette affection, l'orifice du vagin est toujours proéminent, quelquefois au point de ressembler à un polype ou à un prolapsus de l'utérus (2), ou il s'irrite et se recouvre de squammes. Même le périnée peut être allongé comme si la tête d'un enfant était appuyée dessus (1). La menstruation est généralement douloureuse, et les douleurs ressemblent à celles du travail, surtout à l'époque des règles (2). Un tel cas peut par conséquent, faute d'attention, être pris pour une grossesse (3). Les souffrances de la malade sont, dans quelques cas, augmentées par l'addition d'une douloureuse rétention d'urine (4), ou bien par des garde-robes douloureuses (5) et par des convul-

(1) Le même effet peut être produit par une continuation de la peau qui s'étendrait sur la vulve. (Voyez un cas cité par M. Larrey dans le *Rapport général de la société philomatique*, tom. II, p. 86.)

(2) Voyez le cas d'une malade du docteur Chamberlain dans l'Anatomie de Cowper. — Un autre par le Dr. Fryer in *Med. facts. and obs.*, vol. VIII, p. 132.

(1) Un cas par M. Sherwin in *Med. records.*, etc., p. 279.

(2) Un cas rapporté par M. Kœymer in *Med. annals*, vol. VI, p. 347. — Un autre par M. Eason in *Med. comment.*, vol. II, p. 187, — et une variété d'autres exemples. — Je sais que dans tous les cas cela a été la plus grande souffrance.

(3) Le docteur Smellie avoue franchement que dans un cas il prit la saillie de l'hymen pour les membranes poussées en bas par les douleurs du travail. Ces douleurs étaient accompagnées d'une suppression des urines. Il fit sortir environ deux pintes de sang. Coll. I, n. 1, c. 6.

(4) Dans un cas rapporté par Benevoli, le ventre était beaucoup tuméfié; il essaya vainement de passer une sonde. Le lendemain, il répéta ses efforts, et, en poussant avec plus de force que de prudence, il rompit l'hymen, et à l'instant une grande quantité de matière noire fut évacuée jusqu'à trente-deux pintes. — (Voyez aussi un cas de M. Fryer.) — M. Wasner cite le cas d'une petite fille chez laquelle l'hymen se continuait jusque sur la moitié de l'orifice de l'urètre. Les symptômes furent d'abord attribués à une pierre dans la vessie; mais une fois que l'on connut la nature de la maladie, elle fut guérie par une section de l'hymen. Cases, p. 75.

(5) Dans un cas rapporté par M. Bardy, la malade, qui avait quinze ans, éprouvait tous les mois pendant quelques jours de la douleur dans la région de la matrice; les parties extérieures étaient extrêmement saillantes et distendues comme dans le travail, et les nymphes formaient deux lignes. L'anus était refoulé en arrière et distendu; les urines et les matières fécales passaient avec beaucoup de douleur; l'hymen, à cause de l'irritation, était recouvert de squammes, et la santé générale avait souffert. On évacua par l'incision six livres de matières gélatineuses épaisses. Med. and chir. Review for, September 1807.

sions (1). Quand il faut sonder, il est aisé de voir qu'on est obligé souvent de diriger la sonde en haut, à cause de la distension du vagin. L'imperforation de l'hymen, comme on l'a dit, n'est nullement rare, et le traitement est très-simple, car la partie est aisément divisée (2). Le liquide contenu est ainsi évacué, quelquefois en très grande quantité; il a rarement l'aspect du sang, étant généralement d'une couleur sombre, et il est assez épais pour ressembler à de la poix. Des symptômes fébriles et inflammatoires peuvent survenir après l'opération (3), surtout s'il a fallu diviser une substance plus épaisse que l'hymen. L'hymen, quoique perforé comme de coutume, peut quelquefois être assez résistant pour empêcher le coït; cependant, dans ces cas, la fécondation a eu lieu, et l'hymen a été déchiré (4) ou coupé dans l'accouchement. La conception peut avoir lieu, quoique l'hymen soit imperforé (5). Quand l'hymen est déchiré dans le coït, il s'écoule un peu de sang que, dans beaucoup de pays, l'on considère comme la marque de la virginité; mais, comme la présence ou l'absence de l'hymen ne peut être regardée comme une preuve certaine de chasteté, ce signe doit être considéré comme entièrement douteux. Quand l'hymen est rompu, et qu'il survient une inflammation autour des parties extérieures, quelques-uns ont, dans les cas d'allégation de viol, considéré le crime comme prouvé. Mais celui qui examine le sujet attentivement admettra que ces signes sont très-trompeurs, qu'ils peuvent exister sans qu'il y ait eu aucune violence, et qu'une femme jetée dans la torpeur peut être violée sans donner aucune marque de lésion. Les praticiens devront donc, dans une question de médecine légale de ce genre, émettre leur opinion avec circonspection, surtout s'ils n'ont pas vu la personne immédiatement après que le crime a été commis (1).

(1) Voyez un cas rapporté par Fynney in *Med. comment.*, vol. III, p. 194.

(2) Dans le cas de M. Fynneg's, la partie à diviser était très-épaisse; et dans le cas du Dr. M. Cormick, le vagin semblait être en partie imperforé. (*Med. comment.*, vol. II, p. 188.) Généralement la membrane est mince.

(3) Voyez le cas de M. Niven in *Med. comment.*, vol. IX, p. 330. Les symptômes disparurent graduellement. — Dans un cas rapporté dans la *Gazette Médicale*, n° 142, une inflammation mortelle du péritoine survint le troisième jour.

(4) M. Baudelocque mentionne un cas où l'hymen résista pendant une demi-heure à la forte action de l'utérus. (Voy. la note à la section 341.)

(5) Voyez Ambroise Paré. Hildanus, cent. III, obs. 60. — Ruysch, obs. 22. — Mauriceau, obs. 439. — Dans un cas rapporté dernièrement par M. Champion, l'urètre était très-dilaté et avait remplacé le vagin; malgré cela, la femme devint enceinte et fut délivrée par la section de l'hymen. (*Journ. de méd.*, tom. LXVIII, p. 84.)

SECTION XI. — *Déchirure du périnée.*

Le périnée peut être déchiré lors de l'expulsion de la tête ou des bras de l'enfant. Dans beaucoup de cas, la déchirure ne s'étend pas beaucoup plus en arrière que l'anus, et pas même si loin. C'est un accident très-simple, qui ne demande d'autre traitement que le repos, une grande propreté, afin que les parties s'unissent de manière à prévenir généralement toute incommodité; mais, comme la cloison recto-vaginale est poussée en avant et en bas, lorsque le périnée est distendu, avant l'expulsion de la tête, il arrive quelquefois que la déchirure s'étend jusqu'à cette cloison, et qu'une communication se forme entre le rectum et le vagin. Dans quelques cas, le sphincter de l'anus reste en entier, quoique le rectum soit déchiré, c'est-à-dire que la déchirure passe le long d'un côté, quelquefois des deux côtés de l'orifice et du sphincter, et cependant elle peut s'étendre jusqu'à la cloison; mais, dans presque tous les cas où la cloison est déchirée, le sphincter l'est aussi. Cet accident est accompagné d'une douleur et d'une hémorrhagie considérables, et suivi d'une impossibilité de retenir les matières fécales, qui passent plutôt par le vagin que par le rectum. Le prolapsus de l'utérus est quelquefois une conséquence de cette déchirure: cet accident est produit par des efforts pour distendre les parties lors de l'accouchement, ou par l'emploi des instruments; mais il peut aussi arriver, même à un haut degré, dans un accouchement d'ailleurs naturel

(1) Voy. Baudelocque, l'Art, etc., sect. 342, et Foderé, Méd. légale, tome II, p. 3.

et facile, dans lequel on n'a fait aucun effort pour accélérer la délivrance. Je dois dire en même temps que je n'ai jamais vu la cloison déchirée chez une femme qui a accouché seule. La manière la plus efficace pour prévenir la déchirure, c'est de soutenir le périnée quand il est distendu, et d'empêcher la tête d'être poussée tout-à-coup au dehors. Quand les parties ont été réellement déchirées, le premier soin est d'arrêter l'hémorrhagie, qui est quelquefois considérable, et cela s'effectue le mieux du monde par une compression temporaire, qui favorise la formation des caillots. Ensuite, il faut chercher comment les parties peuvent être réunies, prescrire le repos, maintenir les cuisses aussi près l'une de l'autre que possible, faire de fréquentes ablutions pour ôter l'urine, qui quelquefois, pendant plusieurs jours, coule involontairement, ou les lochies et les garde-robes: voilà la base de tout mode de traitement. Quand les urines ne peuvent être gardées, mais semblent irriter les parties en s'écoulant, il faudra, pendant quelque temps, vider la vessie avec une sonde. Et, comme il n'y a rien dans la structure des parties qui puisse prévenir leur réunion, on a proposé de produire un état de constipation, et d'empêcher d'aller à la garde-robe pendant plusieurs jours. Mais, à l'exception d'un ou deux cas, cette méthode a manqué, car l'expulsion consécutive des matières fécales endurcies déchirait les parties s'il y avait eu adhérence. La pratique opposée, de tenir le ventre libre et de procurer des garde-robes liquides par de doux laxatifs, a réussi beaucoup plus souvent, et, dans quelques cas, la déchirure a guéri en quelques semaines, et c'est là la pratique que je recommanderais de préférence, en prenant soin en même temps de tenir les parties en contact, en confinant la malade au lit, avec les cuisses placées l'une contre l'autre. Pendant ce temps, les matières fécales sortent involontairement, du moins pour quelques jours. Mais, dans d'autres cas, elles peuvent être gardées, si la malade reste couchée. On a employé souvent les sutures, et, quoiqu'il ne faille jamais y avoir recours dès le commencement, tant que la plaie est vive, cependant elles doivent être tentées si la réunion ne peut s'effectuer autrement. Il faut d'abord rafraîchir les bords des parties divisées: si la déchirure de la cloison est étendue, il est nécessaire d'appliquer un ou deux points de suture, en employant le spéculum, et en adaptant un manche à l'aiguille avec une ouverture à sa pointe. Si la déchirure est petite, il suffira de faire deux points de suture dans le périnée; quand le sphincter de l'anus reste en entier, tandis que la cloison est déchirée, les uns ont cru nécessaire de fendre ce muscle; d'autres, avec plus de raison, négligent cette pratique. Pendant la guérison, les uns introduisent une canule dans le vagin pour soutenir les parties, d'autres appliquent des compresses préalablement trempées dans des baumes. Mais il vaut mieux appliquer seulement un plumasseau de charpie avec du cérat simple. Si la guérison radicale n'arrive pas, la malade doit employer une compresse avec un bandage à ressort, si elle ne peut garder les matières fécales; mais il arrive quelquefois que l'extrémité déchirée du rectum, ou la partie antérieure de cet intestin, renfermant une portion du sphincter externe ou interne, comme on l'a appelé, forme une espèce de valvule aplatie, qui repose sur la surface postérieure vers le coccyx, de sorte que l'anus ressemble à une fente, et les matières fécales, à moins qu'elles ne soient très-liquides, restent dans le creux du sacrum, et ne peuvent passer à travers l'orifice valvulaire, à moins qu'il ne se fasse un effort pour les expulser (1). Quelquefois les bords du périnée se réunissent, mais sans la cloison, et la surface interne du rectum fait hernie dans le vagin (2). Dans ce cas, les bords de la

---

(1) Sur ce sujet, voyez le Traité de Lamotte; les cas et les observations de Noël Saucerote, et Sédillot dans le quatrième et le septième volumes du *Recueil périodique*; la Synopsis de Merriman, p. 104. *Edinb. journ.*, nov. 1825. — Le Dr. Denman cite un cas où le périnée ne fut pas déchiré, mais bien perforé par la tête. — Petit et Gardien remarquent tous les deux ce fait, savoir que les matières fécales peuvent à la fin être gardées; mais ils ne disent pas que cela dépend de la formation d'une valvule. Ils croient que cela est dû au sphincter qui reprend ses fonctions. — (Voyez aussi un mémoire dans les archives XVII, p. 284, et une dissertation sur la perforation du périnée, la commissure et l'anus restant intacts, par Moreau et Capuron, tome XXIII, p. 282-294.)

(2) Le Dr. Nicol's Case, Edin. journal, XXXII, 24. L'opération fut pratiquée trois fois, et la dernière elle réussit. Il y eut

cloison doivent être ravivés et les points de suture employés. Quand une communication s'établit entre les deux conduits, non par déchirure, mais par ulcération consécutive à un chancre ou à toute autre cause; il faut suivre le même traitement, quoique dans un cas, entre les mains du docteur Gibb, l'ouverture se rétrécit considérablement par l'emploi du cautère actuel.

Quand la déchirure ne s'étend pas dans le rectum, mais prend une direction plus latérale, de la gêne est souvent produite plutôt par le sentiment d'une chute ou d'un poids dans le rectum ou par sa saillie actuelle, que par le prolapsus de l'utérus. La surface antérieure de l'intestin et la partie postérieure du vagin sont poussées en avant et en bas, et l'excoriation de la peau s'ajoute au mal, tandis que de la douleur et de la chaleur se font sentir jusqu'en bas, du côté interne de la cuisse. L'on peut seulement, pour obtenir une guérison radicale, recourir aux sutures après avoir ravivé les bords; si l'opération manquait, il faudrait employer une compresse avec un bandage à ressort.

SECTION XII.—*Imperfection du vagin.*

Le vagin peut être extrêmement petit. J'en ai vu qui n'avaient pas tout-à-fait trois pouces de long. Quelquefois il est très-étroit. La capacité, s'il était nécessaire, pourrait être élargie par un cylindre d'éponge (1) préparée. Si la grossesse survenait avant qu'il fût entièrement dilaté, il ne faudrait avoir aucune crainte pour l'accouchement : car pendant le travail, et même long-temps avant, le relâchement (2) a lieu. Quelquefois le vagin (3) manque, ou est imperforé, ou bien tout le milieu du canal est rempli d'une matière solide; le plus souvent, cependant, il y a seulement une forte cloison qui s'étend à travers, derrière l'hymen, ou un peu plus haut dans le vagin ; et cette membrane, qui a ordinairement une petite ouverture (1), doit être divisée. On introduit le doigt jusqu'à la cloison, et sur lui on porte une sonde pour explorer la cloison afin de découvrir une ouverture ; ensuite, avec le bistouri à pointe mousse, ou avec des ciseaux courbes, on divise les parties. S'il n'y a pas de perforation, nous n'osons pas opérer, à moins qu'il n'y ait une fluctuation très-distincte, causée par la rétention des menstrues. Dans ce cas, l'oblitération est près de l'orifice du vagin, ou bien il n'y a point d'orifice, mais une cloison fibreuse; et, quelquefois, tout le canal est très-dur. L'opération peut être suivie d'une inflammation mortelle. Quand c'est un vagin rétréci, avec constriction d'un côté, le coït est ordinairement douloureux, et quelquefois les règles le sont aussi. L'endroit rétréci doit être divisé avec soin; mais rien ne peut changer le rétrécissement anormal causé par un tissu induré. Dans quelques cas, il y a une grande confusion dans les parties; et, en vérité, il est impossible de décrire tous les vices de conformation :

---

une hémorrhagie abondante dans le second essai. — M. Roux a plusieurs fois employé la suture avec succès : en ôtant la ligature un petit trajet fistuleux restait quelque temps entre le rectum et le vagin; mais dans un septième cas, l'union fut du premier coup complète.

(1) Voyez Van Swieten, *Comment. in aph.*, 1290.

(2) Dans un cas où le vagin n'admettait point l'extrémité du petit doigt, l'enfant fut extrait après un travail de huit heures. Plenk, *Elementa*, p. 113. (Voir aussi Van Swieten.)

(3) Lorsqu'il manque entièrement, alors une sonde introduite dans l'urètre est sentie par le doigt dans le rectum, seulement avec une cloison mince interposée. — Dans un cas rapporté par Boyer, les parties externes manquaient même presque entièrement, et les seins étaient très-petits.

(1) Cette cloison peut produire de funestes effets en retenant les menstrues. M. Magnan cite le cas d'une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, qui était sujette tous les mois à des coliques et à une suppression d'urine. On fit une incision sur la membrane et on retira deux livres de sang. (Hist. de la société de méd. pour 1776, art. II.) — J'ai vu il y a quelque temps une dame qui avait eu l'hymen divisé à cause de son imperforation : depuis, elle éprouva toujours une grande douleur pendant le temps des menstrues. L'écoulement de sang avait lieu lentement et il était noir et d'une mauvaise odeur. On trouva près de l'orifice de l'utérus une cloison, et sur un côté on découvrit une petite ouverture à travers laquelle on introduisit une sonde cannelée, et ensuite les parties furent divisées par un bistouri dont une grande portion de la lame avait été enveloppée de linge ; l'opération réussit.

car le vagin peut suivre une fausse route, ou communiquer avec l'urètre, ou bien le rectum (1) peut se terminer dans le vagin, etc. Les vices de conformation n'empêchent pas toujours la femme d'être enceinte (2), mais ils causent ordinairement beaucoup de douleurs pendant le temps des règles, et, là où le canal manque, si les menstrues sont toujours sécrétées, elles séjournent, et l'hypogastre devient gonflé et douloureux (3).

SECTION XIII. — *Inflammation et gangrène du vagin.*

A la suite d'un travail très-difficile il peut survenir une inflammation du vagin suivie de gangrène. Si elle est peu étendue, des rétrécissements partiels dans le diamètre du canal peuvent avoir lieu et causer beaucoup de gêne en arrêtant les menstrues (1), ou pendant un second travail; mais, dans ce dernier cas, les parties s'élargissent graduellement, et il est rarement nécessaire de pratiquer quelque opération. La douleur cependant est quelquefois atroce jusqu'à ce que les parties cèdent (2). Dans quelques cas la gangrène est tellement étendue que toute la vulve est détruite, ou bien une partie de l'urètre et du vagin est emportée (3), ou bien une adhérence générale survient, qui laisse seulement une petite ouverture pour donner passage à l'urine et aux mentrues. Si elle était la moins du monde obstruée, l'écoulement ne pourrait plus se faire, et de vives douleurs, et même des convulsions en seraient la conséquence. Quelques concrétions calculeuses se forment au-dessus de la partie adhérente (4), même sans aucune maladie visible. Lorsque l'on a sujet de craindre un état douloureux des parties après l'accouchement, il faut être sur ses gardes, et si le vagin, ou quelque autre organe, s'enflammait ou devenait douloureux, il faudrait baigner souvent les parties et y injecter doucement de l'eau tiède pour les tenir propres. Des fomentations et des injections d'extrait de saturne sont souvent

(1) Dans ce cas, les matières fécales ne passent pas toujours continuellement. On a vu les malades n'avoir qu'une garde-robe une fois tous les quinze jours, ce qui dépendait probablement de ce que les matières étaient endurcies et que la communication était petite.

(2) Dans le trente-troisième volume des *Phil. Trans.*, p. 142, on rapporte un cas où il y avait un double vagin séparé par une cloison ou membrane transversale. Les orifices étaient très-petits. Pendant le travail, la douleur fut si vive qu'elle produisit des convulsions. On accoucha la femme en convertissant les deux trajets en un seul. — Chapman rapporte un cas de vice de conformation, où la femme devint grosse, et dans le travail toute l'action se dirigea du côté de l'anus. On fit une ouverture à travers le vagin, et l'enfant sortit par l'anus. — Portal cite une jeune fille qui avait seulement une petite ouverture à la vulve pour le passage des urines; les règles sortaient par le rectum. Néanmoins elle devint enceinte, et, avant l'accouchement, l'orifice du vagin parut, et elle mit au monde un enfant par la voie naturelle. Précis de chirurgie, tom. II, p. 745.

(3) De Haen rapporte un cas de ce genre où une opération fut malheureusement pratiquée. La malade mourut et on trouva que la vessie avait été ouverte par l'incision, et l'écoulement que l'on avait pris pour des règles arrêtées, était de l'urine et du sang. L'utérus était fermé et distendu par les menstrues. — Boyer mentionne deux cas où l'on essaya de faire la ponction, dans l'un par le rectum, et dans l'autre par le vagin; tous les deux furent mortels à cause de l'inflammation.

(1) Richter in *Comment.* Gotting., tom. II, art. 2, rapporte le cas d'une fille âgée de vingt ans qui, pendant trois ans, avait été sujette à des douleurs violentes vers le sacrum, accompagnées chaque mois de tremblement et de syncope. On trouva le vagin fermé à la partie supérieure, en conséquence, supposa-t-on, d'un ulcère variolique arrivé dans l'enfance. On sentait de la fluctuation dans le vagin lorsque l'on pressait l'abdomen avec l'autre main. On fit une ouverture, et une quantité de sang sortit. — Le docteur Merriman, dans sa *Synopsis*, p. 57, mentionne un cas où il y avait dans le vagin un rétrécissement cartilagineux, produit par un travail difficile. La malade redevint enceinte et fut accouchée après un travail de trente-six heures; mais elle mourut au second jour. On trouva le vagin légèrement déchiré.

(2) Harvey, exercit. LXXIII, p. 492.

(3) Le Dr. Kennedy me montra dans l'hôpital de Dublin une préparation où toute la tunique muqueuse se détachait comme un large cylindre.

(4) Voyez le traité de Puzos, p. 640. — Un cas de M. Purton in *Medic. and phys. journ.*, vol. VI, p. 2.

bonnes ; mais il ne faut pas qu'elles pénètrent trop en avant. L'urine doit être évacuée régulièrement, et s'il survenait de la gangrène, il faudrait par un pansement convenable, ou par l'emploi d'une bougie épaisse, prévenir toute adhérence des parois du vagin (1).

Les abcès et les trajets fistuleux du vagin doivent être traités d'après les principes généraux de la chirurgie; mais il est bon de faire remarquer que quelquefois l'orifice du trajet est extrêmement sensible au toucher, au point de produire une syncope. Dans tous les cas d'extrême sensibilité de ce canal, il faut l'examiner avec soin, et l'endroit douloureux peut dénoter le siége de la maladie. Le trajet fistuleux devra être ouvert, et l'hémorrhagie sera arrêtée par l'injection d'eau froide ou par l'application de charpie imbibée d'un caustique. Le sphincter, ou l'orifice du vagin, peut devenir extrêmement sensible au point que l'introduction du doigt, ou le coït, ou la défécation, occasionne une très-grande souffrance. Cet état peut être produit par l'exposition au froid, par des excès vénériens, etc.; il dépend quelquefois de petits tubercules ou de petits points enflammés à l'orifice du vagin. Dans ce cas, l'on peut employer le nitrate d'argent avec ou sans scarification ; mais s'il n'y a point de tubercules, et s'il y a surtout une constriction à l'orifice ou au dedans du vagin, il faut diviser la membrane muqueuse en un ou plusieurs points, tant que l'on sentira quelque chose comme une bande ; ensuite on appliquera un cataplasme chaud.

SECTION XIV. — *Induration, ulcération et polypes.*

Le vagin peut être rétréci par des ganglions squirrheux situés sur son trajet, ou par l'induration de ses parois qui deviennent épaisses et ulcérées, et communiquent avec la vessie et le rectum. Cette maladie est généralement précédée ou accompagnée du squirrhe de l'utérus, et requiert le même traitement.

Des corps étrangers, introduits dans le vagin, produisent une ulcération et des excroissances fongueuses. La cause de l'irritation une fois ôtée, les parties guérissent; mais il faut, par le pansement et les injections, empêcher les adhérences, des incrustations calcaires pouvant aussi s'y développer.

Des tumeurs polypeuses peuvent naître du vagin, et doivent être distinguées par l'examen du polype de la matrice ; le diagnostic entre le polype, le prolapsus, ou l'inversion de l'utérus, sera établi dans la suite. On obtient la guérison des polypes par une plus forte application de la ligature.

SECTION XV. — *Inversion du vagin.*

L'inversion ou le prolapsus du vagin se reconnaît aisément par un obstacle au-dedans de l'orifice, quand elle est légère, ou par une véritable hernie, surtout à la partie postérieure, lorsqu'elle est considérable. D'abord la tumeur est molle ; mais si on la laisse long-temps faire saillie, la surface peut devenir ferme comme la peau, ou elle peut s'enflammer ou s'excorier. Toute la circonférence du canal peut se relâcher et descendre ; mais c'est ordinairement la partie postérieure, vers la cloison recto-vaginale, qui est le plus souvent affectée. Toute la longueur du canal peut être relâchée, et, dans ce cas, l'utérus descend plus ou moins ; mais, dans ce qu'on appelle principalement inversion du vagin, c'est généralement la partie voisine de l'orifice qui est relâchée, ou plutôt, pour parler plus correctement, qui est dépourvue de son support par le tiraillement de l'aponévrose du détroit inférieur du bassin, et par le manque d'action du releveur de l'anus. La vessie et l'urètre sont rarement beaucoup affectés ; mais, dans les cas où la partie antérieure de l'aponévrose, du pubis, et où le releveur de l'anus, dans cette partie, sont relâchés, la vessie descend un peu et l'urètre est roulé sur lui-même, et peut être un peu dévié dans sa direction. — Le rectum, dans tous les degrés, est plus ou moins tiré en bas et amené en avant, quelquefois au point de former une espèce de poche dans la saillie du vagin. Comme ceci est une maladie des annexes du vagin plutôt que du vagin lui-même, des applications sur ce conduit ne peuvent pas être d'un grand avantage. Cependant l'on peut essayer des injections ou des lotions astringentes ; mais il vaut mieux avoir recours à des bains de siége

(1) Dans quelques parties de l'Afrique le vagin est fermé pour empêcher le coït. Cette opération est généralement pratiquée entre onze et douze ans. Brown's Travels, p. 349.

froids, surveiller attentivement le tube intestinal afin d'empêcher toute accumulation de matières dans le rectum, et employer un support élastique semblable à celui que l'on met en usage pour la chute du rectum. Il est quelquefois utile d'enlever une portion de la partie qui fait saillie, ou d'y faire une incision, afin de provoquer la contraction; mais il ne faut le faire que dans les cas extrêmes : il en est de même du cautère actuel. L'excision de toute la tumeur n'est ni sûre ni nécessaire. La grossesse d'abord augmente l'inversion; mais, dans les derniers temps, elle en débarrasse la malade. Comme l'accident peut revenir après l'accouchement, il faut tenir la malade couchée pendant quelque temps. Il faut aussi pendant le travail, par un support convenable, empêcher les parties d'être trop poussées en bas (1).

SECTION XVI. — *Tumeur liquide.*

Du liquide descend quelquefois de la cavité abdominale entre le vagin et le rectum, faisant saillie à la surface postérieure du vagin, comme une espèce de sac, et l'accumulation du liquide dans la cavité du bassin est quelquefois si grande qu'elle arrête le cours des urines ou produit de la strangurie. Quand la personne se couche le gonflement disparaît. Si la tumeur est volumineuse et que l'on place une chandelle du côté opposé, on la voit quelquefois transparente; et, dans tous les cas, on peut sentir de la fluctuation. Comme ce symptôme est commun avec l'ascite, le traitement ordinaire de cette maladie doit être suivi, et, s'il est nécessaire, on peut retirer le liquide en perçant l'abdomen, ou plutôt la tumeur (2), que l'on doit tendre en la pressant avec le doigt.

SECTION XVII. — *Hernie vaginale.*

Quelquefois les intestins descendent entre le vagin et le rectum, formant une hernie périnéale, ou font hernie à la partie latérale ou postérieure de l'orifice du vagin, comme la tumeur aqueuse déjà décrite; mais on la distingue de celle-ci par une sensation plus ferme et plus pâteuse, et parce qu'on peut la faire rentrer; ce qui montre aussi que ce n'est pas une tumeur enkystée. En la maniant, on peut entendre du gargouillement, et quelquefois l'on peut sentir des matières endurcies. Souvent, la surface du vagin qui fait saillie ou qui est renversée s'ulcère. Comme l'orifice de l'utérus est poussé en avant et que la partie postérieure du vagin est occupée par la tumeur herniaire, cette maladie peut prendre quelque apparence de la rétroversion de l'utérus. Un cas de ce genre est rapporté, par le docteur Johnson, dans l'ouvrage de M. A. Cooper sur la hernie.

---

(1) Burton cite un cas où le vagin faisant saillie, fut pris pour une partie du placenta et tiré avec force; par cette traction, lui et la vessie furent déchirés. Septemb., p. 170. — Stollers rapporte un cas où ce prolapsus était compliqué de calculs. Ceux-ci une fois ôtés, les parties furent réduites et la guérison s'en suivit. *Cases*, obs. 2.

(2) M. Henry Watson, dans les Communications médicales, vol. I, p. 162, appela l'attention des praticiens sur cette maladie. Dans le cas qu'il rapporte, il tira dans le mois de juin vingt pintes de liquide en perçant le vagin, et immédiatement après, la malade urina librement, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. La ponction fut réitérée deux mois après et la malade mourut en novembre. On trouva l'ovaire gauche converti en un kyste d'environ le volume d'une vessie de cochon, mais il n'avait pas été intéressé par le trois-quarts. Dans un cas, il fit la ponction avec une lancette au lieu d'un trois-quarts, mais elle fut suivie d'une hémorrhagie inquiétante. On voit aussi les bons effets de la ponction dans un cas rapporté par M. Colcy, in *Med. and phys. journ.*, vol. VII, p. 412, dans lequel dix pintes de liquide furent retirées et la malade alla bien pendant cinq mois, après lesquels les symptômes d'hydropisie revinrent, et, quoique les diurétiques lui apportèrent quelque soulagement, cependant elle finit par succomber. — Dans le cas de madame Jarritt, rapporté par M. W. Bishop, in *Med. commun.*, vol. II, p. 360, la malade ressentit de la douleur dans le côté droit du ventre, après l'accouchement, accompagnée de tuméfaction. Deux ans après, il y eut chute du vagin; la tumeur avait quatre pouces de diamètre. On fit deux fois la ponction; on retira la première fois quarante-six pintes, la seconde cinquante-une; les diurétiques n'eurent aucun effet. — Dans un cas cité par le Dr Denman, la femme était enceinte, et aucune opération ne fut pratiquée. Le quatrième jour après sa délivrance, après quelques garde-robes liquides, elle expira. *Introd.*, vol. I, p. 150.

Dans d'autres cas, il est impossible de sentir l'orifice utérin, et la sensation est très-semblable à celle que l'on s'attendrait à avoir si l'utérus lui-même était renversé dans la hernie; et en vérité, j'ai raison de croire que j'ai vu cela arriver. Cette affection est accompagnée d'une douleur gravative; et pour cette raison, aussi bien que pour son aspect, elle peut être prise pour un prolapsus de la matrice. Quelquefois la tumeur ne proémine pas à l'intérieur; mais l'on voit apparaître des symptômes de hernie étranglée dont on ne peut connaître la cause, à moins que le praticien n'examine le vagin.

Dans un cas qui se présenta au docteur Maclaurin, et qui fut noté par le docteur Denman, la malade mourut le troisième jour, et l'affection ne fut découverte que lorsque l'on fit l'ouverture du corps. Si une femme avait une hernie vaginale pendant sa grossesse, il faut avoir soin de la faire rentrer avant que le travail ne commence, car l'anse intestinale pourrait s'enflammer, les matières fécales être arrêtées par la tête qui entrerait dans le bassin, ou bien le travail lui-même, si l'on ne peut soulever la tête et faire rentrer l'intestin, pourrait s'arrêter au point de nécessiter l'emploi des instruments. La hernie vaginale requiert l'emploi d'un pessaire ou d'un support élastique; mais il faut ajouter que j'ai vu tant de souffrances accompagner la réduction, que la malade se trouvait heureuse lorsque la hernie était reproduite. Quelquefois le rectum fait saillie dans le vagin et il le fait plus ou moins dans la chute du vagin. Il se forme une espèce de poche ou de dilatation sur la surface de l'intestin, qui s'avance sur le périnée et qui permet aux matières de s'y loger. On y remédie par le pessaire globuleux après que l'on a ôté toutes les matières endurcies. On prévient par des laxatifs une seconde accumulation. Une distension partielle du rectum en avant ou sur les côtés peut survenir un peu plus haut et causer un obstacle au passage des matières ou une tumeur dans le vagin; mais ceci, je ne le donne pas d'après ma propre autorité. La partie supérieure du rectum n'est pas, à la vérité, un tube droit, mais il se recourbe un peu à gauche, et si l'attache est tant soit peu relâchée, et si elle est distendue par des matières endurcies, il se forme une plus grande courbure ou une espèce de poche qui cause une pression sur le fond de l'utérus, et un obstacle au cours des matières.

SECTION XVIII. — *Tumeur enkystée et varices.*

Des abcès indolents ou des tumeurs enkystées peuvent se former entre le vagin et les parties environnantes; elles se distinguent de la hernie et des tumeurs aqueuses, en ce qu'elles ne sont pas compressibles et qu'elles ne disparaissent pas par le changement de position. L'histoire de la maladie aide au diagnostic et l'examen fait découvrir le siége précis et les rapports de la tumeur, quoiqu'on ne puisse point connaître avec certitude la nature du contenu. J'ai déjà expliqué comment un liquide pouvait être confiné dans la cloison entre le rectum et le vagin. Ces tumeurs présentent rarement une forte résistance à l'accouchement; par degrés elles cèdent à la pression de la tête, mais quelquefois elles reviennent après la délivrance. Le traitement est le même que celui qui est requis dans les autres cas de travail difficile, et il faut ouvrir la tumeur si l'on ne peut autrement délivrer la femme, avec sûreté pour l'enfant. Même dans l'état de non gestation, si la tumeur cause de l'irritation et si son volume est assez grand pour empêcher l'évacuation des urines ou des matières fécales, il faut pratiquer une ouverture. Après l'accouchement, dans le cas où l'on n'a pas fait d'opération, la tumeur quelquefois s'enflamme et cause de l'induration jusque dans le périnée. Des frictions sur le périnée ont, dans ces circonstances, produit un bon effet. — Des tumeurs variqueuses d'une forme noueuse disparaissent ou se ramollissent par la pression, et des tumeurs anévrismales, reconnaissables par leurs pulsations, peuvent se former autour du vagin, et ne doivent point être touchées, excepté par un pessaire introduit dans le vagin pour les soutenir.

SECTION XIX. — *Tumeur spongieuse.*

Une maladie cruelle, que j'ai nommée tumeur spongieuse, peut se former soit au-dedans du bassin, ou vers l'articulation du fémur, ou à la tubérosité ischiatique, de là s'étendre en dedans, comprimer la vessie et le rectum quelquefois au point de requérir le cathétérisme. On reconnaît la maladie en ce qu'elle prend de bonne heure l'aspect d'une tu-

meur ferme et élastique, comme si une éponge était serrée dans une portion de la vessie. Elle devient irrégulière, et les parties les plus saillantes s'ouvrent et laissent couler un liquide rouge, qui est remplacé par des fongosités ; mais je ne l'ai jamais vue arriver à ce dernier degré dans l'intérieur du bassin. Je ne sache pas de remède, et je ne conseillerais pas de faire une ponction, excepté à la dernière extrémité ; je n'ai jamais rencontré un cas où elle fût nécessaire.

SECTION XX. — *Inflammation érysipélateuse.*

L'orifice du vagin, avec les grandes lèvres et même toute la vulve, peuvent être affectés d'inflammation érysipélateuse. Elle se présente sous deux états : elle peut commencer par la vulve et s'étendre en dedans, jusque même à l'utérus, ou bien elle peut débuter dans la matrice, et s'étendre à l'extérieur. Les parties sont gonflées, douloureuses, d'un rouge livide. Le second état est plus fréquent après l'accouchement; mais le premier arrive à tout âge et dans diverses circonstances. L'inflammation peut être limitée seulement aux parties externes, ou elle peut se répandre rapidement à l'intérieur du bassin, et détruire les parties, car cette maladie se termine ordinairement par la gangrène. Vigarous (1) dit que cet état se distingue de l'abcès des grandes lèvres, parce que toutes les deux sont également affectées. L'histoire générale de la maladie et un examen convenable établiront la différence. Lorsque la maladie est limitée aux parties externes, l'on peut espérer la guérison et même la conservation des parties, en donnant de bonne heure de la quinine et de l'opium à l'intérieur, et en appliquant sur la surface des plumasseaux de charpie imbibés d'une faible solution de sulfate de zinc avec une addition d'un dixième d'alcool camphré; quand cette application produit une douleur continue, on peut la remplacer par des fomentations avec du lait et de l'eau, ou avec une décoction de fleurs de camomille. Une extrême sensibilité, ou une inflammation des parties (2) peut survenir dans la nymphomanie, soit comme symptôme primitif ou secondaire. Et si la malade succombe, on trouve généralement les parties noires. Les bains et les fomentations tièdes apportent du soulagement, et quelquefois des applications d'extrait de saturne sont d'une grande utilité; l'acétate de plomb a été aussi donné à l'intérieur. Quelques-uns conseillent de frotter les parties avec du nitrate d'argent. Si la malade avait de la fièvre il faudrait la saigner, lui administrer des cathartiques et la mettre à la diète. Un vomitif soit avec de l'émétique, ou une médecine à haute dose, de manière à opérer vigoureusement, sont très-utiles, surtout si l'action est suivie de sommeil. Il faut surveiller l'état moral. La chaleur constante et la sensibilité des parties, si elles ne sont pas occasionnées par une maladie de l'utérus, peuvent être dissipées par un bain fait avec une solution de sulfate de zinc, ou par l'administration des laxatifs.

Le prurigo est souvent un symptôme de la maladie de l'utérus ou de l'irritation des parties voisines ; et dans ces cas, il ne peut être guéri qu'en agissant sur la cause. Lorsqu'il ne dépend d'aucune maladie locale apparente, il est dissipé ou guéri en tenant les intestins libres, en évitant les stimulants et en appliquant sur les parties malades l'onguent de nitrate de mercure, ou en lavant fréquemment les parties avec une teinture de myrrhe délayée dans de l'eau de rose ou avec une très-faible solution de muriate de mercure dans une émulsion d'amandes, ou le même sel mêlé avec de l'eau de chaux, ou de l'eau de chaux seule, ou une solution de sulfate de zinc seule ou mêlée avec du laudanum, ou bien une solution de nitrate d'argent. On emploie aussi l'acétate de plomb dissous dans une émulsion d'amandes ou

(1) *Maladies des femmes*, t. II, p. 169.

(2) Dans la maladie que quelques-uns décrivent comme un catarrhe de l'utérus, la membrane muqueuse est enflammée et le mal commence par une démangeaison à la vulve, au vagin et à l'utérus ; si elle est poussée à un haut degré, elle est accompagnée de fréquentes envies d'uriner, et quelquefois de nymphomanie; il survient de la douleur à l'hypogastre avec de la fièvre. Au bout de quelques jours, un écoulement de matières muco-purulentes s'établit ; mais la guérison se fait attendre pendant plusieurs semaines, et la maladie peut se terminer par des flueurs blanches opiniâtres. La saignée, les bains tièdes, les laxatifs, les diaphorétiques sont les remèdes convenables.

dans une décoction de fleurs de camomille, etc. Cette affection peut accompagner les premiers mois de la grossesse, ou la cessation des menstrues. Quelquefois, surtout pendant la grossesse, la démangeaison et la chaleur sont accompagnées de quelque gonflement inflammatoire des grandes lèvres, avec ou sans écoulement épais et séreux, et peut-être avec rougeur et sensibilité de l'orifice du vagin. Outre l'usage des laxatifs, du repos et d'un régime doux, il faut laver les parties avec une faible solution de sulfate de zinc ou de cuivre, ou avec une des lotions déjà citées, et saupoudrer les parties avec du calomel seul ou mêlé avec de la céruse. — Le prurigo, affectant l'anus seul ou en même temps que la vulve, peut naître d'ascarides ou d'autres irritants que l'on peut ôter; mais chez les femmes âgées, ce symptôme doit amener toujours l'examen du rectum, car il accompagne souvent le rétrécissement ou les lésions de l'intestin, que l'on doit traiter par les remèdes convenables. Lorsque la démangeaison et la douleur locale exigent une prescription, rien ne réussit mieux qu'un suppositoire composé de trois grains d'extrait de ciguë sur un d'opium.

SECTION XXI. — *Des flueurs blanches.*

Le vagin est toujours humecté par une sérosité que sécrètent les follicules situés à sa surface. A cela s'ajoutent la sécrétion des follicules du col utérin, et l'exhalaison séreuse de la membrane que revêt la cavité de la matrice. Ordinairement, le rapport entre la sécrétion et l'absorption est tel que, excepté dans des occasions particulières, aucun écoulement ne se fait par le vagin; mais dans un état maladif, la quantité du liquide sécrété est de beaucoup augmentée, et l'écoulement, soit qu'il provienne uniquement du vagin, soit en partie de la matrice, reçoit le nom de *flueurs blanches* ou de *leucorrhée*. Quelques-uns donnent seulement ce nom à un écoulement de la surface interne de la matrice; et pour déterminer si la sécrétion vient de l'utérus ou non, on a proposé de tamponner le vagin complètement pendant quelque temps, et ensuite d'examiner le tampon pour voir si la portion correspondant à l'orifice utérin était humectée; mais cette épreuve n'est pas satisfaisante, et rarement la femme voudra s'y soumettre. On s'est servi du spéculum dans le même but. Quand l'écoulement provient de la matrice, il trouble quelquefois tellement les fonctions de cet organe, ou bien il dépend d'une cause qui agit sur l'utérus si fortement, qu'il influe sur la menstruation, soit en l'arrêtant entièrement, ou en la rendant trop abondante, ou irrégulière en apparence. Dans ce cas-là, la femme devient rarement enceinte; cependant très-souvent les menstrues continuent assez régulièrement, et dans ces cas, l'autre écoulement disparaît pendant le temps des règles; mais il est augmenté un peu avant et après la menstruation. Quand les règles s'arrêtent, il n'est pas rare que les flueurs blanches deviennent plus abondantes et soient accompagnées d'une plus grande douleur dans les reins, surtout à l'époque des menstrues; dans ces cas, l'on a pensé que la leucorrhée remplaçait la menstruation, et qu'il était dangereux de l'arrêter. Si une femme, qui a une leucorrhée interne, vient à concevoir, l'écoulement de la matrice s'arrête; mais la sécrétion du vagin, au contraire, est souvent augmentée. On a cru qu'il était dangereux de l'arrêter brusquement; cependant il ne faudrait pas permettre que l'écoulement continuât en abondance, vu qu'il cause l'avortement. — A ce sujet, il sera bon de faire attention aux circonstances suivantes : 1° une simple excitation peut augmenter la sécrétion naturelle sans la changer; 2° une augmentation continue de l'action, surtout si elle est accompagnée de quelque degré d'irritation, change l'apparence; 3° comme les maladies de l'utérus et du vagin peuvent agir sur les nerfs et produire non-seulement de la douleur dans les reins et des effets plus éloignés et plus étendus, ainsi les troubles nerveux, produits directement ou par sympathie, peuvent occasionner un écoulement. D'après ce principe, beaucoup de femmes ont une leucorrhée quelque temps avant d'être menstruées à l'âge de puberté; d'autres l'ont pendant un ou deux jours avant la période menstruelle. Les flueurs blanches peuvent survenir dans deux états différents de la constitution : dans un état de pléthore, c'est-à-dire d'une disposition à l'activité des vaisseaux, ou bien dans un état de débilité. L'un est marqué par des formes arrondies, un bon teint, et une peau claire et saine; l'autre par un teint pâle, une peau terne, un pouls faible, et généralement une constitution pauvre. L'un

peut être accompagné de vertiges, ou d'une maladie produite par la pléthore; l'autre, par une dispepsie, des palpitations et les troubles qui se lient à la faiblesse.

Les scrofules prédisposent fortement à la leucorrhée aussi bien qu'aux autres affections des membranes muqueuses, et paraissent souvent opérer sans aucune cause évidente d'excitation. — L'écoulement est produit, soit par les follicules du vagin, ou par l'appareil glandulaire et exhalant de l'utérus. La source la plus abondante et la plus fréquente est dans le vagin. L'écoulement lui-même peut se composer seulement de la mucosité naturelle des parties en plus grande quantité, et, dans ce cas, il est glaireux et transparent; ou bien il peut être altéré au point de devenir opaque et blanc comme du lait, ce qui arrive surtout lorsque les organes sécrétoires de la partie supérieure du vagin et du col utérin sont affectés; il peut aussi être purulent. On trouve quelquefois un écoulement gélatiniforme, tantôt trouble, tantôt clair et ambré; il sort de la cavité de l'utérus, surtout de son col, et semble dépendre d'un état produit par une inflammation actuelle ou existant préalablement. Après la mort, en pressant l'utérus, on en fait sortir une substance d'apparence gélatineuse, qui est probablement de la fibrine. La leucorrhée peut survenir dans une fièvre aiguë, mais aussi comme une affection chronique : dans ce cas, la femme est stérile tout le temps qu'elle dure. L'écoulement clair, glaireux et transparent est considéré avec raison comme le degré le plus doux; et c'est un bon signe quand l'écoulement, qui été préalablement blanc, ou vert, ou jaune, revient à cet état. Dans tous les cas, quand l'écoulement est blanc, et surtout quand il y a de la douleur dans la région de l'utérus ou dans le dos, on doit constater l'état du col utérin. Ces écoulements peuvent tous occasionnellement être teints d'un peu de sang venant des vaisseaux de l'utérus, s'il y a tendance à la métrorrhagie; autrement, cela n'a pas lieu, à moins qu'il n'y ait une maladie organique. Dans les cas où l'écoulement provient d'un tissu malade, il est modifié par la nature de ce tissu et par l'existence d'ulcération et d'érosion. Quand il procède de la partie malade elle-même, et non de ses effets irritants produits sur le vagin par sympathie, il est généralement fétide et purulent, souvent d'une couleur sombre, mêlé de sang et alternant avec une hémorrhagie utérine; il y a souvent de la chaleur vers les parties et d'autres symptômes de maladie. Dans tous les cas douteux et chroniques, il faut examiner avec soin l'état de l'utérus et du vagin. — Les flueurs blanches sont ordinairement accompagnées de douleur et de sentiment de faiblesse dans les reins. Les fonctions des organes digestifs sont toujours à la fin troublées; et chez les femmes qui sont d'une faible constitution, ils sont détériorés tout d'abord. Chez elles, l'écoulement ajoute beaucoup à la faiblesse, et toutes les maladies qui naissent de cet état sont empirées : telles que la digestion pénible, le dérangement dans la sécrétion hépatique, la torpeur des intestins, les palpitations, le gonflement des pieds, etc. Chez les malades plus pléthoriques, les effets débilitants sont plus long-temps à paraître; mais elles ne sont pas exemptes des troubles de l'estomac. Les écoulements du vagin peuvent être rangés en trois classes dépendantes de trois différentes espèces de causes agissant sur l'appareil des sécrétions : d'abord, l'écoulement symptomatique, produit par une irritation existant dans le vagin ou dans son voisinage; de ce genre est l'écoulement occasionné par le prolapsus et les autres déplacements de l'utérus, par le polype utérin, par le premier degré du squirrhe, par les ascarides, etc.; secondement, celui qui est produit par l'action directe des causes sur l'appareil, et il est plus idiopathique. Parmi ces causes, surtout chez les constitutions scrofuleuses, on peut remarquer celles qui provoquent une augmentation dans l'action vasculaire, ou un état voisin de l'inflammation, s'il n'est pas tout-à-fait inflammatoire : comme, par exemple, les pessaires, les applications stimulantes sur le trajet, l'abus des plaisirs vénériens, surtout s'ils sont accompagnés d'excès dans le boire et le manger, l'exposition au froid, peut-être de la même manière que le catarrhe pulmonaire est produit. Les causes qui amènent de la faiblesse combinée avec de l'excitation peuvent aussi le produire, comme par exemple l'avortement, quand la malade ne se rétablit pas bien. Pour cette raison aussi il existe dans cet état, qui donne naissance à la ménorrhagie; des grossesses fréquentes peuvent seulement agir de cette manière, lorsqu'elles occasionnent quel-

que désordre dans les parties ; car très-souvent elles agissent en causant quelque degré de prolapsus. La troisième division renferme les cas où l'origine des nerfs, qui influent sur la sécrétion, est affectée, quand les nerfs de l'utérus sont lésés ou troublés dans leur fonction ; comme par exemple dans l'état d'aménorrhée, les nerfs qui président à la sécrétion du vagin sont souvent affectés et produisent un écoulement plus abondant. L'état primitif, dans ce cas, peut avoir été produit directement par une maladie de l'utérus, et indirectement par une influence sympathique. L'écoulement peut par une sympathie éloignée, comme par exemple un trouble dans l'action des nerfs, de l'estomac, des intestins et des autres viscères, produire, à cause de leur rapport avec ceux de l'utérus et du vagin, une altération dans cet organe dont l'effet ne pourrait être détruit qu'en découvrant et en ôtant la cause éloignée. Lorsque j'ai décrit les nerfs de l'utérus, j'ai fait remarquer la grande sympathie qui existe entre l'estomac et l'orifice de l'utérus. L'état maladif du cordon spinal dans la région sacrée est aussi une cause fréquente d'écoulement ; et l'on dira dans la suite qu'il peut produire de la douleur dans les organes utérins et dans la cavité pelvienne aussi certainement que si une cause inflammatoire ou excitante avait agi directement sur les parties. Cet état existe rarement sans une douleur dans la partie inférieure du dos, et sans une sensibilité lorsque l'on appuie sur le sacrum. En même temps j'admets que des écoulements provenant de causes agissant directement sur les surfaces sécrétoires, sont quelquefois accompagnés de douleur dans le dos ; mais presque toujours il y a un léger prolapsus ou une irritation locale très-considérable. La débilité a été énumérée dans les causes de leucorrhée, mais l'on trouve beaucoup de degrés de faiblesse sans cet écoulement, et il est difficile de concevoir comment elle agirait autrement que comme une cause prédisposante. Sous ce rapport, surtout chez les constitutions scrofuleuses, elle rend efficientes les plus légères causes d'excitation.

Dans le traitement de la première classe, il faut considérer la cause primitive de la maladie ; car on attendrait vainement une guérison, si elle n'était pas enlevée. Notre objet sera d'enlever la cause locale, d'améliorer la santé générale et d'aider la guérison par des applications locales, surtout par des injections légèrement astringentes. Quand on a reconnu un amas de matières fécales ou des vers dans le rectum, il faut recourir aux remèdes ordinaires. — Dans la seconde classe, il faut chercher à découvrir et à arrêter l'action de la cause excitante immédiate, et employer les remèdes généraux que l'état de la constitution semble requérir. Si la malade est pléthorique ou robuste, il est nécessaire dans le premier cas de diminuer le trop plein et l'activité des vaisseaux par un régime doux et peut-être sévère, par des doses modérées d'un laxatif, mais rarement par la saignée. Un exercice régulier est, sous ce point de vue, de quelque utilité ; mais, dans tous les cas, la fatigue augmente l'écoulement. Ensuite on donnera des amers avec un alcali pour améliorer l'état de l'estomac et des intestins, et on emploiera des injections avec une solution d'acétate de plomb, qui seront faites trois ou quatre fois par jour dans le vagin ; et plus tard, on la remplacera par une autre d'une qualité plus astringente. Je suis de l'avis de ceux qui pensent que, dans les cas où se joint la pléthore, les injections astringentes, surtout si elles sont faites prématurément, sont nuisibles et peuvent prédisposer aux maladies de l'utérus. L'eau tiède est dans ce cas la meilleure injection. — Si la maladie survient dans une constitution faible, ou si l'état pléthorique qui existait autrefois a disparu, les remèdes à l'intérieur doivent être plus toniques, et on emploiera des injections de différents astringents ; les deux meilleurs sont la solution de sulfate d'alumine et la décoction d'écorce de chêne. On peut aussi se servir d'une solution de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent, de sulfate de zinc. On peut essayer le vin de Porto, seul ou avec un peu d'eau-de-vie, ou de l'eau légèrement acidulée avec l'acide nitrique, ou une infusion de fleurs de camomille avec addition d'un peu de teinture opiacée. Mais la règle générale qu'il faut suivre, c'est de ne point employer une injection assez forte pour causer de l'irritation. On a proposé de frotter la surface du vagin avec du nitrate d'argent ; mais je ne puis en parler avec autant de confiance que les médecins français. La malade évitera l'effet du froid et de l'humidité, comme étant pernicieux dans toutes les affections des membranes muqueuses, chro-

niques ou aiguës. Parmi les remèdes donnés à l'intérieur, les uns sont destinés à agir sur les organes qui sympathisent avec les sécrétions, comme les émétiques ; d'autres, comme des toniques généraux. Les émétiques, à cause de leur action sur l'estomac et le canal alimentaire, lorsque ces organes languissent, sont conseillés par la plupart des auteurs (1). Mais on ne doit pas les employer lorsque la pléthore existe ; et, en vérité, il ne faut les prescrire que dans les cas qui, d'ailleurs, les réclameraient, à cause de l'état de l'estomac. Les purgations ont été aussi administrées (2) pour enlever les matières nuisibles ; mais il ne faut les donner que pour tenir le ventre libre (3), car des purgatifs violents souvent répétés sont pernicieux (4). Les médicaments toniques et ceux qui favorisent l'action des vaisseaux chylifères, comme l'eau de chaux, la myrrhe, le quinquina, le fer, la rhubarbe, la salsepareille, le raisin d'ours, l'iode, etc., sont aussi très-utiles ; et en même temps l'on peut avec grand avantage employer le bain froid, surtout les bains de mer que favorise le changement d'air qui accompagne son usage. On peut dire de même des Tunbridge et des autres eaux. La racine de quino a été conseillée par Vigarous et Gardien, et quand les astringents sont réclamés, on peut l'employer sous la forme de teinture. Le régime doit être léger et nourrissant, et la malade ne doit point se livrer trop long-temps au sommeil. — On a proposé différents médicaments avec l'intention d'agir spécifiquement sur les parties sécrétoires, tels que la ciguë, le baume de Gieaad, les sels diurétiques, le calomel, le copahu, le gaïac, les cantharides, au point de produire de la strangurie, l'électricité, l'arnica, etc., mais ils ont peu d'effet, et quelquefois ils font du mal. De tous ces médicaments, la teinture de cantharides, les huiles essentielles et le cubèbe, en excitant les vaisseaux dans les sécrétions chroniques, paraissent être les meilleurs ; mais l'on ne peut beaucoup compter sous ce rapport sur un médicament pris à l'intérieur. L'allaitement a fait quelquefois disparaître un écoulement. On a appliqué sur le dos des emplâtres et des liniments, et souvent on a calmé des douleurs atroces. Quelquefois les opiacés sont requis à cause de sensations pénibles qu'éprouve la malade. Quand l'écoulement a été précédé de quelque maladie éruptive, on a conseillé les préparations sulfureuses.

Dans l'écoulement de la troisième classe, il faut beaucoup d'attention pour découvrir la cause de la maladie ; et quand elle est connue, il n'est pas toujours aisé de l'enlever. Dans les cas douteux, on ne peut pas faire de mal en employant du moins tous les moyens ordinaires pour l'amélioration générale de la santé. Quand les nerfs sacrés sont affectés, le col de l'utérus est souvent sensible ; et que cette sensibilité soit une conséquence de l'affection des nerfs ou une maladie primitive, cela ne change pas beaucoup la pratique ; et dans l'un ou l'autre cas, si elle n'est pas enlevée, il est probable qu'elle produira à la fin une maladie organique sérieuse. Elle doit être traitée, dans la première période par des bains chauds d'eau de mer, des laxatifs, le repos, en évitant toute irritation et en faisant promptement une saignée soit générale, soit locale, sur le sacrum, suivant les circonstances. L'application de sangsues sur l'orifice de l'utérus, lorsqu'il est rouge et sensible, a été préconisée par les écrivains modernes du continent ; des ventouses sur le côté de la dernière vertèbre lombaire sont quelquefois utiles après que la sensibilité a été presque calmée, et que l'écoulement est devenu plus chronique. Les bains froids, les toniques et de légères injections d'astringents végétaux sont convenables. S'il persiste, on peut employer à l'intérieur des pilules de cuivre ou le bismuth avec de la salsepareille. Quand les organes digestifs sont un peu troublés, il est très-important d'enlever cette affection par un sage et prompt emploi de toniques, d'antiacides, de purgatifs et d'autres remèdes convenables. On a vu la maladie organique ou fonctionnelle du foie produire cet écoulement. — L'écoulement purulent dénote une inflammation préalable, ou l'existence, soit d'un foyer purulent, d'une ulcération,

---

(1) Smellie, vol. I, p. 67. Vigarous, tom. I, p. 261. *Mead. med. precepts*, ch. XIX, section 3. Denman, vol. II, p. 104. Voyez aussi Etmuller, Riverius, etc., etc.

(2) Chambon, *Malad. des filles*, p. 107. *Mead. med. precepts*, chap. XIX, section 3.

(3) Stoll, *Prælectiones*, tom. II, p. 383.

(4) Vigarous, *Maladies des femmes*, tome I, p. 261.

ou d'une altération morbide de la surface sécrétoire; l'examen fera connaître l'ulcération. Le foyer est plus difficile à connaître, car l'ouverture peut être petite; mais en général l'écoulement est très-fétide et en plus grande quantité à une époque que dans une autre. La partie est aussi sensible au toucher. L'altération morbide est accompagnée de cuissons en urinant et d'autres symptômes produits par l'action d'un virus. A cette espèce appartient la gonorrhée que l'on guérit par de doux laxatifs et par des injections d'abord d'acétate de plomb, puis de sulfate de zinc dissous dans de l'eau. Les deux premiers états doivent être traités suivant les causes qui leur ont donné naissance.

Quelques auteurs dont je ne partage pas l'avis, regardent l'écoulement de la matrice comme le plus fréquent, et le divisent en aigu et en chronique; et, selon eux, il dépend de l'inflammation de la membrane muqueuse. L'écoulement aigu est marqué par de la fièvre, de la douleur dans la région utérine, de la sensibilité à l'orifice utérin, et par un écoulement glaireux; le chronique, par l'absence de douleur utérine et par un écoulement laiteux, que l'on voit, au moyen du spéculum, sortir de l'utérus. Ils traitent le premier par des sangsues, des bains de siége, un régime léger et des douches par le vagin; le second, par des toniques et des astringents. D'autres considèrent l'écoulement limpide comme venant de la cavité de l'utérus, et font des injections astringentes dans cette cavité; quand l'écoulement est plus opaque, ils en placent la source dans les follicules du col et de l'orifice utérin qu'ils disent être rouge, tuméfié et quelquefois ulcéré; et M. Melier dit que les ovaires souvent deviennent malades. Des injections astringentes et l'application du nitrate d'argent sur l'orifice utérin sont les remèdes qu'ils emploient. Ils admettent que, dans ces cas, la femme est stérile tout le temps que dure la maladie; mais il est reconnu qu'il y a de nombreux exemples de conception survenant pendant l'existence d'une leucorrhée, preuve évidente, d'après leurs propres principes, qu'elle devait être vaginale, et que, par conséquent, l'utérus n'est pas aussi invariablement le siége de la maladie qu'ils le prétendent.

SECTION XXII. — *Maladies de la vessie.*

La vessie est sujette à plusieurs maladies. La première que je mentionnerai, c'est la pierre. Elle cause une douleur très-grande dans la région de la vessie, qui redouble après l'évacuation de l'urine; il y a aussi une irritation autour de l'urètre, avec une fréquente envie d'uriner; mais l'urine ne coule pas toujours librement: quelquefois elle s'arrête brusquement, dépose un sédiment sablonneux, et elle est souvent mêlée de mucosités. Ces symptômes font soupçonner qu'il y a une pierre dans la vessie; mais l'on n'en peut être certain qu'en introduisant une sonde. Par le moyen de bains chauds, d'opiats, de médicaments improprement appelés lithotripteurs, on peut obtenir beaucoup de soulagement, et la pierre peut être expulsée, car l'urètre est court et lâche; de sorte que des calculs d'une forte grosseur ont pu y passer; mais lorsque ces moyens ne réussissent pas, il faut enlever la pierre, ou en dilatant l'urètre, ou par la lithotritie. On a pratiqué la lithotomie pendant la grossesse; quelquefois la pierre passe dans le vagin par une ulcération (1); on l'a vue percer par ulcération les téguments de l'abdomen (2). Dans beaucoup de cas, les symptômes de la pierre se font sentir sans que l'on en trouve aucune dans la vessie: c'est ce qui arrive fréquemment chez les jeunes filles avant que les règles ne s'établissent, ou chez les femmes d'une constitution irritable. Quand elles sont âgées, il faut craindre l'existence d'un cancer dans la matrice. Il n'y a point de maladie organique, et je n'en n'ai pas vu chez ces personnes qui se terminent par un tissu morbide de la vessie ou des reins: elles se plaignent rarement de malaise autour des reins. Dans beaucoup de cas, il n'y a qu'une fréquente envie d'uriner, suivie de douleur ou de cuisson. Chez d'autres, l'affection vésicale ou urétrale se combine avec une grande sensibilité, mais sans inflammation de l'orifice du vagin. La douleur peut exister autour du col de la vessie; mais souvent elle est rapportée au trajet de l'urè-

---

(1) Deschamps, *Traité de l'opération de la taille*, tom. IV, p. 9.

(2) Hildanus, cent. I, obs. 68 et 69.

(3) Voyez un cas rapporté par M. Caumond dans le Recueil périod.

tre. J'ai essayé beaucoup de remèdes (1 tels que le raisin d'ours, les narcotiques, les antispasmodiques, les toniques, les bains chauds et froids ; mais je ne puis promettre aucun soulagement avec tous ces remèdes. A la longue la maladie souvent se calme et disparaît. S'il existe beaucoup de sensibilité vers l'urètre lorsqu'on le touche, ou si son orifice paraît rouge, il sera bon de commencer par l'application de sangsues à la vulve, et puis d'appliquer un cataplasme de farine de graine de lin, avec addition de laudanum. Si cela ne fait rien, on introduira tous les jours une bougie, et on la maintiendra pendant un quart-d'heure. Si ce moyen ne réussit pas, l'application du nitrate d'argent à la surface interne de l'urètre est un bon remède ; si le vagin est sensible et que l'introduction du doigt cause de la douleur, la section d'un côté de la membrane muqueuse à l'orifice du vagin est la meilleure pratique à suivre.— La constriction de l'orifice de la vessie avec irritation de l'urètre peut survenir après l'accouchement, ou accompagner les maladies des parties génitales et occasionner une grande douleur en urinant; c'est le cas d'employer des anodins, des fomentations tièdes, des laxatifs, et quelquefois de sonder doucement la malade. L'induration ou le squirrhe de la vessie produit des symptômes presque semblables à ceux du calcul; mais l'urine est troublée par une grande quantité de mucosités morbides; et quand l'ulcération est arrivée, du sang avec une matière purulente s'écoule au dehors. On ne trouve aucune pierre, mais on sent la vessie dure et épaisse; quelquefois elle grossit au point de faire croire que l'utérus est la partie la plus malade (2). Le squirrhe et l'ulcération peuvent s'étendre jusqu'à l'utérus et au vagin. Dans cette maladie, il faut éviter tous les stimulants, et mettre la malade à un régime doux ; éviter tout ce qui peut augmenter la quantité des sels de l'urine ; tenir le ventre libre, avec une émulsion renfermant de l'huile de ricin, et calmer l'irritation par des bains tièdes et des opiacés. Le mercure, la ciguë, le raisin d'ours, etc., et les applications sur la vessie elle-même produisent rarement un bon effet, et quelquefois font du mal. — L'inflammation chronique de la membrane muqueuse de la vessie occasionne de fréquentes envies d'uriner, ainsi qu'un écoulement de mucosités visqueuses qui, quelquefois, ont une apparence puriforme. La ciguë et le baume de copahu semblent être les meilleurs remèdes. — Des tumeurs polypeuses (1) peuvent se former à l'intérieur de la vessie, produisant les symptômes ordinaires d'irritation de cet organe; des douleurs atroces ont été causées par des vers dans la vessie.

A la suite d'un accouchement difficile ou de la pression exercée par les instruments, une portion de la vessie peut devenir gangréneuse et une perforation être causée par la gangrène (2). La femme se plaint d'ulcère aux parties et n'urine pas librement ; au bout de cinq ou six jours la mortification survient et l'urine coule goutte à goutte par le vagin. L'ouverture qui le plus souvent est transversale peut exister à la partie supérieure de l'urètre, ou dans la portion de la vessie qui est annexée au vagin ou dans celle qui adhère à la partie inférieure de l'utérus ; mais la première et dernière sont les plus rares. Dans tous les cas de travail difficile, et, en vérité, dans tous les cas où l'urine ne coule pas librement et aux intervalles convenables, il faut vider la vessie pour empêcher sa distension et son irritation ultérieure; et les parties doivent, si elles ont tendance à se mortifier ou à s'ulcérer, être maintenues très-propres et être pansées régulièrement pour prévenir toute adhérence. Si la ves-

(1) Dans un cas de ce genre, décrit par M. Patton comme une affection spasmodique du col de la vessie, le calomel parut guérir de la maladie. *Lond. med. journal*, vol. x, p. 560.

(2) Morgagni rapporte un cas important où il y avait une tumeur dure et douloureuse dans la région hypogastrique, accompagnée de flueurs blanches, d'hémorrhagie utérine et d'incontinence utérine. Après la mort, on trouva la vessie très-large et squirrheuse, avec deux gros corps dans le col qui empêchaient de retenir les urines ; l'utérus était affecté seulement à cause de son voisinage avec la vessie. *Epist.* xxxix, art. 31.

(1) Je n'ai jamais vu de cas de cette maladie; mais le docteur Baillie en mentionne un où la plus grande partie de la vessie était remplie par un polype. *Morbid. Anat.*, p. 298. Les tumeurs longueuses sont beaucoup plus fréquentes.

(2) Puzos soutient que c'est toujours la vessie et non l'urètre qui souffre.

sie était ouverte ou avait été déchirée, on peut, si l'ouverture n'est pas étendue, espérer la guérison, en y maintenant une sonde à laquelle serait adapté un réservoir à demeure dans la vessie, pour empêcher l'urine de s'échapper par l'ouverture: si cette mesure a été prise de bonne heure si les parties ont été tenues propres, et si l'inflammation, lorsqu'elle a existé, a été arrêtée par les moyens convenables, la guérison a lieu dans un laps de temps variant depuis un jusqu'à trois mois, suivant les circonstances (1). Si l'accident est négligé, l'urine filtre par l'orifice du vagin quoique quelquefois la fistule soit si petite qu'on a de la peine à la découvrir, soit avec le doigt, ou avec le pouce, et même avec la sonde, après qu'un cathéter a été introduit dans l'urètre. La malade étant couchée peut garder un peu d'urine et la rendre en partie par l'orifice naturel. — Dans les cas où la maladie a été de longue durée, on peut encore espérer la guérison par le cathétérisme; mais si ce moyen manque, alors on peut avoir recours à l'application du nitrate d'argent sur les bords de l'ouverture, à dessein de les raviver et de favoriser ainsi la contraction (2). On découvre l'exacte position de la fistule en appliquant le spéculum. Dupuytren a employé le cautère actuel en guise de caustique. Il ne faut point retirer la sonde. Quelques auteurs proposent d'introduire dans le vagin une éponge, afin d'exercer une compression sur la fistule, ou de remplir le vagin avec un cylindre en caoutchouc, ayant un morceau d'éponge (3) fixé à l'endroit de sa surface qui correspond à la fistule; mais ce moyen est plus propre à irriter qu'à faire du bien (4). Dans l'hôpital de Dublin, le docteur Kennedy a essayé d'appliquer un morceau d'éponge avec un bout à l'orifice du vagin, et l'autre tourné en haut vers l'aine pour y conduire l'urine, d'après le principe de l'attraction capillaire. Dans les grandes fistules, on a proposé de raviver les bords et de les réunir par le moyen d'aiguilles; toutefois, en employant aussi une sonde (1). Dans un cas que je rencontrai, la nature fit un effort pour fermer l'ouverture (2).

Quelquefois après un travail difficile, la femme est atteinte d'incontinence d'urine, quoique la vessie soit intacte; cet état est souvent produit directement par une pression sur le col de la vessie. Quelquefois il est précédé de symptômes d'inflammation vers le bassin, et dans ces cas, on trouve l'orifice de l'utérus un peu hors de sa direction naturelle, et la malade se plaint de beaucoup de douleurs vers l'hypogastre et dans le dos. Quand elle est couchée, un peu d'urine s'amasse dans le vagin et en sort quand elle se lève. Quand elle est debout, l'urine sort de l'urètre, seule, ce qui distingue cette lésion de celle que nous avons déjà décrite. Le temps quelquefois guérit cette maladie. Le bain froid est utile, à moins qu'il n'augmente la douleur, et dans ce cas il faut préférer le bain chaud. Il peut être bon d'employer tous les jours une bougie, la teinture de cantharides et la compression. — Des femmes délicates peuvent avoir un écoulement involontaire d'urines pâles contenant un phosphate ammoniaco-magnésien, et accompagnant un trouble du système digestif et nerveux, ou en dépendant. Le bon état

---

(1) Ce moyen réussit dans un cas très-difficile rapporté par Sédillot, *Recueil périod.*, tom. I, p. 187. D'autres ont été rapportés depuis. Voyez aussi D. Cuniac in *Edimb. journ.*, XXI, 62.

(2) Lallemand guérit une malade par l'application du nitrate d'argent et en employant, lorsque l'escarre tomba et que les bords furent à vif, la sonde érigne. Archives, 1835, p. 482.

(3) *Medic. chir. Trans.*, vol. VI, p. 583.

(4) Le docteur Balmanno me montra une malade qui se trouvait très-bien d'un cylindre d'étain creux introduit comme pessaire dans le vagin; il était perforé à sa partie supérieure comme une poivrière, et de l'inférieure sortait une sonde qui communiquait à une plaque suspendue entre les cuisses. Peu ou presque point d'urine sortait par le vagin. A ce moyen on pourrait associer l'emploi d'un cathéter dans l'urètre.

(1) Lallemand dans les *Archives générales*, avril 1825. Cette opération devint fatale dans un cas de M. Roux, Journal hebdom., 1830.

(2) La malade dont je fais mention avait été, quatre ans avant sa mort, délivrée par le forceps, et bientôt après elle eut une incontinence d'urine; je trouvai une grande perforation dans la vessie ressemblant à un gosier sans luette; l'utérus était un peu plus large et induré, et son col, qui était ulcéré et fongueux, était placé dans cette ouverture faisant saillie dans la vessie et fermant toute communication entre la vessie et le vagin.

des intestins, un régime réglé, un exercice convenable, le bain froid et l'emploi de la teinture de cantharides amènent généralement la guérison.

La vessie peut, pendant le travail, descendre en avant de l'utérus et produire beaucoup de douleur; ou la descente a lieu quelque temps avant le travail, accompagnée de douleurs semblables à celles de l'accouchement et quelquefois de symptômes convulsifs et spasmodiques(1) surtout quand on néglige de sonder. Quand la chute de la vessie survient comme un accident momentané pendant le travail ou avant l'accouchement, il faut craindre de prendre la vessie pour les membranes, car on a causé par là un mal irréparable à la femme. On l'a aussi prise pour une tête hydrocéphalique. Quand la vessie fait saillie, on la sent attachée au pubis; elle se retire plus ou moins lorsque les douleurs cessent. Si la malade n'est pas en travail, on calmera la douleur en tenant la vessie vide et en diminuant l'irritation par des opiacés; et en tirant un peu de sang, s'il y a de la fièvre ou de l'insomnie. Si le travail marche on maintiendra aussi la vessie vide, et pendant les douleurs on pourra la soutenir doucement en pressant sur elle avec deux doigts dans le vagin; de cette manière, la vessie sera préservée de toute lésion. Cette chute de la vessie peut survenir aussi dans l'état de non-gestation; car une portion de la vessie s'appuie sur le vagin et est unie avec la partie supérieure et antérieure de cet organe. Si cette partie est relâchée au point d'être renversée, alors la vessie descendra avec elle et formera une tumeur d'un volume qui variera selon que la vessie sera pleine ou vide.

Par un relâchement ou une déchirure du prolongement de l'aponévrose pelvienne, la vessie peut descendre entre le vagin et le bassin, et former une tumeur au dedans du vagin, ou à la partie antérieure ou latérale de son orifice : c'est ce qu'on appelle une hernie de la vessie. Il y a un sentiment de pesanteur dans la marche, surtout lorsque la vessie est pleine. Quelques malades se plaignent de douleurs dans l'aine, d'autres à l'ombilic, où quelques-unes éprouvent peu ou point de gêne, excepté de la douleur vers la vessie, quand elle est distendue. Si la maladie a duré long-temps, ou si la chute de la partie antérieure du vagin est considérable, l'orifice utérin est dirigé en arrière; et quand le doigt est introduit dans le vagin, la partie antérieure de ce canal peut être refoulée en haut, plus loin que de coutume, sur la partie antérieure du col de l'utérus qui paraît alors être allongé, et peut-être dans quelque cas la lèvre antérieure l'est-elle réellement. Cette hernie (1) est souvent accompagnée de suppression d'urine. Si on l'examine légèrement, on peut la prendre pour un prolapsus de l'utérus; mais on verra qu'elle diminue et même qu'elle disparaît, quand l'urine est évacuée par la pression : on peut faire couler l'urine par l'urètre. Sur un sujet disséqué par un de mes confrères, on trouva la vessie qui formait hernie des deux côtés du vagin, suspendue à califourchon sur l'urètre.— Dans la chute et dans la hernie de la vessie, on a recours à l'emploi d'un pessaire rond ou ovalaire; et s'il y a beaucoup de relâchement dans le vagin et dans les parties du détroit inférieur du bassin, les injections astringentes et un support élastique agissant sur le périnée seront très-utiles. La malade évitera tout effort musculaire. Quelquefois la hernie est accompagnée de calculs dans la vessie : dans ce cas, on a proposé d'ouvrir la vessie, d'extraire la pierre et de maintenir un écoulement libre des urines par l'urètre, afin de permettre, à la communication existant avec le vagin, de guérir. Deschamps conseille de faire l'ouverture près du pubis, et non pas à la partie postérieure de la tumeur, de peur que cette partie de la vessie étant coupée, elle ne communique, quand la tumeur serait réduite, avec la cavité abdominale. Je ne vois pas la nécessité de changer le mode d'extraction de la pierre, à cause de la procidence. L'urètre peut être dilaté, comme l'a proposé sir A. Cooper, ou la pierre peut être broyée.

---

(1) Dans un cas rapporté par Sandifort, la suppression de l'urine était toujours accompagnée de toux convulsive, *lib.* I, *cap.* 5; et dans un cas rapporté par le docteur J. Hamilton, où la chute arriva avant l'accouchement, les muscles du corps furent spasmodiquement agités. *Cas*, etc., *cas.* 9.

(1) Voyez les Mémoires et les Essais de Verdier et Sabatier, et de Hoin. Sandifort, *Diss. anat. path.*, lib. I, cap. III; et Cooper, Sur la hernie, part. II, p. 66.

SECTION XXIII. — *Excroissances de l'urètre.*

Des excroissances peuvent, malgré l'opinion de Morgani, se former sur le trajet ou vers l'orifice de l'urètre (1), et produisent généralement de vives douleurs, surtout en urinant; pour cette raison la maladie a été quelquefois prise pour une affection calculeuse. La douleur est brûlante, et non-seulement affecte la partie, mais chez les femmes irritables elle produit le long de l'épine une sensation qu'elles comparent à un frisson, et cause quelquefois un accès froid. Les douleurs sont par intervalles si grandes qu'elles ont produit des convulsions, et il n'est pas rare que les règles augmentent les souffrances. Le coït n'augmente pas la douleur, mais quelquefois la calme; la tumeur est vasculaire, rouge, mobile et excessivement douloureuse; quand les excroissances s'implantent à l'orifice de l'urètre, elles sont facilement reconnues; mais quand elles sont situées plus haut, il est bien plus difficile de constater leur existence. Le Dr. Baillie (2) dit qu'on ne peut les connaître que par la sensation que donne la sonde en passant sur un corps mou; mais je n'ai jamais pu le vérifier. Cependant dans un cas elles furent découvertes en tournant l'instrument d'un côté, de manière à ouvrir un peu l'urètre (3); une paire de petits forceps introduits dans le canal, et ouverts ensuite, le dilateront promptement. Quand la position des tumeurs le permet, il vaut mieux les extirper avec le bistouri, ou avec des ciseaux; ou bien, si elles sont près de l'orifice, comme cela arrive généralement, on pourra appliquer une ligature. Quelquefois elles ont cédé à une application de bougies, comme elles sont revenues après l'excision (1); mais quand elles sont petites et nombreuses, je trouve préférable d'introduire un peu de charpie préalablement imbibée d'une solution, et ensuite légèrement recouverte de la poudre de nitrate d'argent. Il faut la retirer au bout d'une demi-minute. L'excision d'excroissances volumineuses a été quelquefois suivie de très-graves symptômes (2). L'usage journalier de la bougie pendant quelque temps après l'opération a été utile (3).

Quelquefois l'urètre est en partie ou totalement renversé (4) formant une tu-

(1) M. Sharp cite un cas où elles s'implantèrent en petite quantité sur l'orifice, produisant des douleurs atroces, jusqu'à ce qu'elles fussent extirpées. *Critical inquir.*, p. 168.

(2) *Morbid. anatom.*, p. 321.

(3) Dans le cas rapporté par M. Warner, l'urine coulait goutte à goutte avec beaucoup de douleur, surtout à l'époque des règles, et il survenait même quelquefois des convulsions. Il dilata l'urètre, et, en inclinant la sonde d'un côté, il découvrit ainsi deux excroissances près l'extrémité supérieure. Il divisa ou ouvrit l'urètre et excisa avec succès les excroissances avec des ciseaux. *Cas.*, p. 309.

(1) Broomfield, Surgery, vol. II, p. 296.

(2) Chez la malade de M. Hughes, on prit d'abord la maladie pour un prolapsus de l'utérus, car il y avait une substance qui remplissait l'orifice externe et paraissait au dehors de la vulve: c'était une excroissance spongieuse de toute la circonférence du méat. On la tira au dehors au moyen d'un fil passé alentour, et puis on l'excisa; il survint de la strangurie, accompagnée de douleur vers le pubis et de fièvre. Pour cette raison, on introduisit le cathéter; la suppression des urines arrivait souvent, et, comme il était difficile de sonder, on employa le bain de siége, et toujours avec avantage. Une fois, après son introduction, la malade s'évanouit et les membres se convulsionnèrent. Comme on soupçonnait un rétrécissement à la partie supérieure de l'urètre, on introduisit une bougie que l'on maintint dans le canal, et les symptômes disparurent. *Med. facts. and obs.*, vol. III, p. 26.

(3) Dans le cas de M. Jenner, l'irritation de la vessie était grande et les règles très-irrégulières. On trouva un fongus qui remplissait l'orifice de l'urètre; il fut excisé, et on employa la bougie une heure tous les jours pendant une quinzaine. Un peu avant l'extirpation, une hémorrhagie eut lieu par les excroissances. (Voy. *Lond. med. journ.*, vol. VII, p. 160.)

(4) M. Harpin cite un cas d'une jeune fille de onze ans, qui, depuis sa quinzième année, avait été sujette à de fréquentes attaques de difficulté d'uriner. Il eut occasion de l'examiner après une violente attaque, et il trouva un corps cylindrique de quatre pouces de long faisant saillie à la vulve; et chaque fois que la malade cherchait à uriner, cette saillie gonflait; elle fut coupée avec succès. *Recueil périod.*, tom. XVII, p. 304. — Seguin cite un cas qui fut pris pour une

meur à la vulve, suivie de difficulté et de douleur en urinant. Une légère inversion peut être guérie par une bougie. Quand il y a une chute considérable qui résiste à l'emploi de la bougie, on peut exciser les parties. La vessie quelquefois est renversée et fait saillie à l'orifice de l'urètre. On la distingue de l'inversion de l'urètre en ce qu'elle est entourée par son orifice; elle peut être rentrée, et alors on doit employer une grosse bougie. L'urètre est quelquefois rétréci par un état variqueux de ses vaisseaux, ou par un resserrement; mais cela n'arrive pas souvent dans une irritation prolongée de l'urètre avec difficulté d'uriner. La bougie est souvent d'une grande utilité, quand bien même il n'y aurait pas de constriction dans le canal. S'il n'en résulte pas de soulagement, il est raisonnable de supposer que la maladie dépend de l'état des nerfs, qui procèdent de la partie inférieure de l'épine, et on devra y appliquer des ventouses. Quelquefois l'urètre est extraordinairement dilaté (1), mais cela n'entraîne pas nécessairement une incontinence d'urine. La membrane muqueuse de l'urètre est quelquefois épaissie, et ses vaisseaux deviennent variqueux, ce qui produit un gonflement général de l'urètre senti par le doigt, puis de la douleur à la pression et dans le coït, avec un écoulement muqueux et une envie ardente d'uriner. — Quand la malade se baisse, l'urètre est en partie renversé, et paraît tuméfié et vasculaire. Ces vaisseaux devront être scarifiés, la partie lavée avec une lotion astringente, et on établira une légère compression avec une bougie épaisse. — Dans un cas où, après une chute, l'urètre devint très-large et la vessie perdit la faculté de retenir les urines, la guérison fut effectuée en excisant une portion de ce canal et en réunissant les bords de la plaie par des points de suture (1).

SECTION XXIV. — *Absence et vices de conformation de l'utérus.*

L'utérus peut être plus large que de coutume ou extrêmement petit (2), ou il peut manquer entièrement (3). A moins que ces circonstances ne soient liées à un manque ou à une mauvaise conformation des parties externes ou du vagin, on ne connaît l'organisation particulière qu'après la mort. Au reste, il n'est pas rare de trouver les parties externes très-petites, quand l'utérus est d'un petit volume; et quand il manque entièrement, le vagin est très-court, ou on n'en peut trou-

---

hernie étranglée. On trouva entre les lèvres une tumeur noire et rouge d'un volume considérable. Après avoir introduit une sonde, on passa dessus une ligature et la tumeur sortit le quatrième jour. *Nouv. journal*, tom. VI, p. 228.

(1) Chez la malade du docteur Chamberlain, qui avait l'hymen imperforé, l'urètre était dilaté au point d'admettre le doigt. Portal le trouva dans un cas analogue, dilaté de manière à former un cul-de-sac, qui admettait le bout du pouce. (*Cours d'anat. médicale*, tom. III, p. 476.)

(1) M. Hobart, *Med. and phys. journ.*, LXIV, 283.

(2) Morgagni cite la femme d'un portier chez qui on trouva un utérus qui n'avait pas plus d'un pouce de long et sans ovaire. La vulve était extrêmement petite, et à peine y avait-il quelque apparence d'un clitoris. In *The Phil. Trans. for*, 1805. — Il y a un cas où la matrice d'une femme de vingt-neuf ans n'était pas plus grosse que chez une enfant, et il y avait à peine apparence d'ovaires; elle cessa de croître à dix ans, n'avait point de poils au pubis, n'avait jamais été menstruée, et conservait une aversion pour les hommes. J'ai vu l'utérus d'une adulte pas plus large que celui d'une enfant; la femme ne fut jamais réglée et avait des seins très-aplatis.

(3) Columbus disséqua une femme qui avait toujours éprouvé une grande douleur dans le coït. Le vagin était court et n'avait point d'utérus à sa terminaison. (Voy. aussi la *Revue méd.* 72, p. 179.) — Fromondus rapporte un cas où la place de l'orifice externe était occupée par une substance cartilagineuse. — Morgagni fut consulté par une femme stérile dont le vagin était long d'un tiers de plus que dans l'état normal, et, à sa terminaison, on sentait quelque chose de dur et de charnu; il conseilla de rompre le mariage. — M. Meyer in *Schmucker's Essays*, mentionne un cas où le vagin et l'utérus manquaient; mais les ovaires existaient, les grandes lèvres et le clitoris étaient petits, et il n'y avait pas de petites lèvres. — M. Ford disséqua une enfant qui n'avait ni vagin, ni utérus, ni ovaires; l'urètre et le rectum se terminaient l'un contre l'autre. (*Med. facts.*, vol. V, p. 92.)

ver aucun vestige; dans l'un ou l'autre de ces cas, on ne doit aller à la recherche d'une matrice par des incisions que lorsque, par des symptômes d'accumulation des menstrues, on est certain qu'un utérus existe réellement (1). Dans quelques cas, la peau, au point correspondant à l'endroit de l'orifice du vagin, est déprimée de manière à former une petite poche qui dans la station descend comme un sac. On l'a incisée pour découvrir la matrice, et on n'a trouvé rien que du tissu cellulaire. On a supposé que des sensations particulières à l'époque menstruelle, ou l'existence des désirs sexuels, indiquaient la présence des ovaires. Quelquefois on les a trouvés attachés à une masse de tissu cellulaire, et même à la vessie.

L'utérus peut être double (2); dans ce cas, il y a quelquefois deux vagins, mais généralement il n'y a qu'un ovaire et qu'une trompe pour chaque utérus. Cette conformation n'empêche pas la fécondation. — L'utérus est quelquefois partagé en deux par une cloison qui s'étend au travers de la partie supérieure du col (3), ou bien l'orifice utérin est presque ou entièrement fermé (4) par un prolongement de la membrane de la matrice ou du vagin, ou par une adhérence consécutive à une ulcération, ou par un vice de conformation primitive. Et dans ce dernier cas, la substance du col utérin est quelquefois cartilagineuse. Les menstrues s'écoulent plus ou moins lentement, suivant la grandeur de l'ouverture, ou sont entièrement retenues, quand il n'y a point de perforation. Tant que les règles coulent, on ne doit rien faire; mais si elles sont complètement arrêtées, et si de violents et d'inutiles efforts sont faits pour les expulser, alors il faut faire par nécessité une ouverture à travers le vagin. Dans ces cas, la matrice a été ponctionnée avec succès (1), mais il est arrivé aussi qu'une inflammation mortelle a suivi l'opération. — Les vaisseaux sont quelquefois élargis, et j'ai vu les veines spermatiques très-variqueuses chez une vieille femme qui avait été sujette aux constipations; mais je ne sache pas qu'aucun inconvénient particulier résulte de l'élargissement des vaisseaux veineux.

SECTION XXV. — *Métrite aiguë et chronique.*

L'utérus est très-exposé à s'enflammer après l'accouchement; et ceci doit être traité dans une autre partie de cet ouvrage. Ici je ferai remarquer que l'inflammation seule, ou combinée dans différents degrés avec une irritation, peut s'emparer de l'utérus dans l'état de non-gestation; et si je puis appeler de bonne heure l'attention du jeune praticien sur cette terrible maladie, j'aurai reçu une ample récompense pour avoir fait cet ouvrage. La maladie peut attaquer les jeunes femmes, surtout celles qui sont mariées ou qui sont d'un âge avancé, particulièrement à l'époque où les règles deviennent irrégulières.

---

(1) Naboth cite un opérateur téméraire qui entreprit par l'incision de trouver l'utérus; après quelques excisions, il arriva à des vaisseaux qui l'obligèrent de s'arrêter.

(2) Voyez *Hist. de l'Acad. des sciences*, 1705, p. 47. — Haller, *Opusc. path.*, 60. — Acrell's *Cases*. — Purcell in *Phil. trans.* LXIV, p. 474. — Canestrini in *Med. fact.*, vol. III, p. 171. — Valisneri rencontra un utérus double avec deux vulves. *Opera*, tom. III, p. 338. — Le docteur Pole décrit un utérus double dans le quatrième volume *Of mem. of medical society*, p. 92. — Voyez plus de quarante exemples in Ploucquet's Digesta. — Dans le cas du docteur Lie in the medico-chir. trans., la matrice d'une femme qui mourut en couches était partagée en deux portions latérales, s'ouvrant toutes les deux en un col commun, et ayant un orifice de la forme ordinaire. Chaque corne ou division avait son ovaire et sa trompe. — Le cas de Breschet, dans le Musée Dupuytren, présente un double vagin. — Geiss. cite un cas où il y avait un enfant dans chaque utérus, et tous les deux vécurent.

(3) Baillie's *Morbib anatomy*, chap. XIX.

(4) Litre trouva l'orifice presque fermé par un prolongement de la surface interne du vagin. *Mém. de l'Académie des sciences*, 1704, p. 27. Et dans le septième mois d'une grossesse, il le trouva fermé par un corps glanduleux, 1705, p. 2. — Morgagni le trouva bouché par une membrane. *Epist.* XLVI, art. 17. — Boehmer le trouva tout-à-fait fermé. *Obs. anat.*, fasc. 2, p. 62. — Ruysch le vit si petit qu'il admettait à peine une épingle; — et Sandifort le trouva si bien fermé que rien que l'air ne pouvait y passer. *Obs. anat. path.*, lib. II, c. II, p. 67.

(1) Les menstrues étant arrêtées causaient une grande douleur, Schutzer leur livra passage avec un trois-quart. Voyez *Sandifort*, p. 69.

Une des causes les plus fréquentes, c'est l'exposition au froid, en portant, par exemple, des habillements légers pendant la période menstruelle; mais l'emploi de fortes injections, ou toute autre irritation sur l'utérus peut la produire. Souvent elle est occasionnée par une longue marche ou par tout autre exercice pendant les règles chez les femmes délicates ou irritables : alors l'attaque est très-soudaine. Il y a toujours de la douleur à la partie inférieure du ventre ou près du pubis, douleur qui s'étend quelquefois dans l'aine et dans le dos. Cette douleur persiste; mais elle est supportable, quoique très-incommode. Elle est augmentée par la pression au-dessus du pubis, et aussi par des efforts pour uriner et même pour aller à la selle, quoique les besoins puissent être factices. Le col est douloureux, et quelquefois la douleur est très-aiguë à un endroit, quand on y touche; et généralement sa position est plus basse qu'elle ne devrait l'être. Le pouls est ordinairement accéléré, et la peau est chaude; mais quelquefois le pouls est faible et la peau froide, ainsi que les pieds et les mains. Il y a de la constipation, de l'irritation à l'estomac, une grande soif avec une langue sèche et dure. Tout effort que fait la femme pour se lever produit souvent une syncope. Des douleurs violentes et gravatives surviennent dans les paroxysmes, d'une durée peu longue, il est vrai, mais souvent répétées à de courts intervalles; et ces douleurs avec les autres symptômes empêchent de se tromper sur la maladie. Si elle survient pendant les règles, l'écoulement est tout-à-coup arrêté; si c'est dans l'intervalle, elles ne viennent pas à l'époque ordinaire, à moins que la maladie ne soit guérie. La rétroversion ou l'anté-version de la matrice peut aussi survenir; dans ce cas, la suppression des urines s'ajoute aux autres signes. Le mal de tête, la boule hystérique et les autres symptômes sympathiques, mais non essentiels, peuvent accompagner la maladie; il est très-important de la guérir de bonne heure et du premier coup, non pas qu'elle soit rapidement mortelle, à moins que l'inflammation ne s'étende aux intestins ou au péritoine (1), mais parce qu'elle établit les bases d'une affection organique de l'utérus qu'aucun art ne peut guérir ensuite.

Il est impossible de dire combien de cas d'inflammation chronique, comme on l'appelle, ou d'hysotrophie ou de cancer squirrheux de la matrice, remontent à une inflammation peut-être douteuse de la matrice, et qui, avec tout son cortége de maux et de maladies, aurait pu être arrêtée, si on avait fait attention à la cause primitive. Quand il y a de la fièvre, il ne faut pas négliger la saignée, sans la pousser trop loin; car rarement elle complète la guérison : des sangsues, au nombre de dix-huit ou de vingt-quatre, appliquées au pubis ou à la partie inférieure du dos, sont réellement efficaces et demandent quelquefois à être appliquées de nouveau, soit à la même place ou au sommet du sacrum et à l'aine. Quelques chirurgiens français préfèrent les appliquer directement sur l'utérus par le vagin; ils pensent que leur application à l'extérieur est dangereuse. Le bain de siége est utile, ainsi que l'application d'un cataplasme à l'hypogastre. On a objecté au bain de siége, dans ce cas comme dans les autres maladies de la matrice, qu'il tendait à attirer plus de sang à la partie : je regarde ceci comme une opinion fondée plutôt sur la théorie que sur la pratique; et ce qui calme, généralement fait du bien. Le ventre doit être tenu libre, et, quand les symptômes ont disparu, les opiacés seuls, ou combinés avec les diaphorétiques, sont utiles. La continuation des paroxysmes de la douleur est arrêtée surtout par des lavements anodins. Si une douleur constante, mais légère, restait après l'emploi de ce traitement, ce serait le cas d'appliquer un vésicatoire au-dessus du pubis. Quand la membrane muqueuse est le siége principal de l'inflammation, il y a une sécrétion purulente qui peut être limitée pendant un temps considérable à l'intérieur de la cavité, et l'utérus devient hypertrophié. L'historique de la maladie fera distinguer ce cas; et si un écoulement spontané n'a pas lieu, on peut obtenir du soulagement en introduisant une petite bougie dans l'orifice de l'utérus et sur le col. Ce traitement est innocent, s'il est fait avec douceur.

---

(1) Même dans ce cas, la malade peut vivre plusieurs semaines; et après la mort j'ai trouvé l'utérus plus volumineux et en suppuration, le ligament rond tuméfié dans le canal inguinal, et les intestins non-seulement formant un lacis, mais adhérents au péritoine qui tapisse les parois abdominales.

L'usage des bains de siége et l'application de cataplasmes chauds sur l'hypogastre accéléreront la guérison et procureront du soulagement.

Quelquefois comme conséquence d'une inflammation caractérisée plus ou moins distinctement, mais quelquefois sans aucune marque très-distincte de maladie de la matrice, on trouve une partie ou tout l'utérus ramolli, et l'on peut aisément déchirer son tissu : ceci a lieu dans l'état de grossesse et dans l'état de non gestation; et dans ce dernier cas, l'on trouve du pus infiltré dans la substance ou renfermé dans des abcès nombreux, mais petits. Plus rarement il est contenu dans une membrane caduque, bordant la cavité utérine. On en trouve aussi dans les veines. On ne comprend pas encore bien les causes de la nature de cette maladie, et son existence n'est reconnue qu'après la mort. Une modification du ramollissement affecte le col plutôt que le corps de l'utérus, le convertissant en un putrilage noir et fétide ; je crois qu'il est rare comme maladie primitive; car ordinairement il y a une lésion des parties voisines. Dans ces cas, j'ai vu le tissu de l'utérus plus vasculaire que de coutume, la membrane muqueuse épaissie sans être injectée, et d'une couleur noire auprès de l'orifice utérin. Une ou les deux lèvres ont été gangrenées, et quelquefois dans le col on a vu une ou plusieurs petites cavités remplies d'un fluide noir.

Il n'est pas rare de voir une inflammation insidieuse de toute la matrice ou du col, on peut la dire inflammation chronique ; quelquefois elle prend la forme aiguë, mais plus souvent elle marche lentement ; il y a plus ou moins de douleur à la région de l'utérus, variant depuis un simple sentiment de pesanteur, de chaleur ou de gêne, jusqu'à une douleur réelle. Lorsque l'utérus a augmenté considérablement de volume, il y a toujours plus ou moins de prolapsus ou bien une antéversion, ou une rétroversion ou une obliquité latérale, dans des degrés différents et accompagnés de symptômes ordinaires ; il y a écoulement de mucosités blanches qui quelquefois deviennent puriformes, et souvent elles sont mêlées de sang, ou il peut y avoir une hémorrhagie considérable. Le teint devient terne ou maladif, l'appétit est diminué et la digestion souffre ; très-souvent le symptôme le plus apparent est une douleur dans quelque partie de l'abdomen, éloignée de l'utérus, très-souvent au voisinage du foie. La force diminue lentement; il y a peu de fièvre, mais souvent une complication d'affections hystériques et anormales ; l'examen fait découvrir la matrice plus volumineuse, mais non indurée. Le col est plus ou moins augmenté dans sa circonférence ; l'orifice de l'utérus est mou, ouvert, sensible au toucher, surtout à un endroit, et ses lèvres sont rudes au toucher, comme si la peau était pelée ; si on l'examine avec le spéculum, la couleur est ordinairement plus rouge que dans l'état naturel, ou les vaisseaux sont plus nombreux, ce qui n'arrive pas ordinairement dans le squirrhe. La maladie pendant quelque temps semble être d'une nature simple ; car, en coupant l'utérus, sa substance ne paraît pas matériellement altérée dans son tissu, quoique augmentée de quantité ; mais à la longue le changement d'organisation arrive, et trop souvent c'est le cancer squirrheux. Nous rappelant donc les funestes conséquences d'une continuation de la maladie, il faut dans tous les cas douteux examiner l'utérus de bonne heure et avec soin par le vagin; et si l'on trouve quelque symptôme ou indice de cette maladie, employer de prompts moyens pour la faire disparaître. Tant qu'il y a quelque chose, comme une augmentation dans l'activité des vaisseaux et dans la sensibilité, on peut espérer tirer de bons résultats de l'application de sangsues dans l'aine ou à l'utérus lui-même, de l'usage régulier de doux laxatifs salins, du bain de siége tiède et salé, d'un régime léger, avec abstinence de toute espèce de stimulants, et d'un état de repos aussi absolu que cela est compatible avec la santé. L'injection d'un courant continu d'eau chaude dans le vagin a été conseillée par Gardien ; mais ce moyen n'a pas été employé par les autres. On doit suivre tous les symptômes concomitants et les traiter par des moyens appropriés : la douleur sera calmée par des opiacés ou par la ciguë (1). Je regarde cette affection comme une inflammation lente, mais simple, et j'emploie pour la combattre les moyens usités, convaincu que, si je réussis à la cal-

(1) L'introduction de cinq grains d'extrait de ciguë, pendant la nuit, dans le vagin, peut causer du soulagement. La douleur dans l'aine sera calmée par des sangsues ou par un vésicatoire pansé avec la pommade de sabine.

mer, le gonflement disparaîtra aussi. Dans cette période, qui peut durer plus longtemps qu'on ne le suppose ordinairement, aucun médicament ne peut produire une absorption directe, et par là diminuer le volume. Si nous combattons et si nous ôtons l'inflammation ou l'action existante, nous enlevons celle qui a produit et maintenu le gonflement; et les absorbants, par le pouvoir de la nature seule, feront le reste. C'est ainsi que dans plusieurs autres inflammations locales, les saignées, quand elles sont nécessaires, enlèvent promptement le gonflement; et c'est ainsi que dans certaines affections hydropiques la saignée générale produit au bout de quelques jours une absorption parfaite, tandis que les vaisseaux jusqu'alors avaient résisté aux médicaments les plus puissants. Mais il ne faut point pousser trop loin cette doctrine, et poser les sangsues, etc., au-delà des bornes de l'utilité et de la sûreté. Quand la maladie est devenue encore plus chronique, la chance du succès est moindre, car le tissu est encore plus altéré; mais cependant l'on peut réussir. Si on sent le col épaissi, mais non induré, et que la douleur ne soit point lancinante, ou que la constitution ne soit point très-affaiblie, on peut encore tenter la guérison. Si l'on demandait comment? la réponse naturelle serait : c'est en favorisant l'absorption, et alors il faudrait chercher dans la matière médicale la liste des altérants et des médicaments que l'on dit provoquer l'absorption. Mais il n'y a point de médicaments d'une vertu reconnue pour cet effet, autant qu'il s'agit de tumeurs, ou qui excitent l'absorption d'une tumeur sans agir aussi, du moins avec une égale force, sur toute autre partie du corps. Ceux qui semblent agir directement sur une tumeur le font souvent en détruisant ou en enlevant cette condition qui alimentait la maladie locale, et en permettant ainsi à la nature de procéder par voie d'absorption. Le mercure agit ainsi dans un bubon vénérien et dans certaines affections du testicule; il favorise l'absorption, soit en détruisant un reste d'action inflammatoire, ou en agissant comme destructeur sur la substance nouvellement formée, et en la rendant incapable de vivre et de s'alimenter; il peut produire sur la nouvelle substance plus d'excitation qu'elle ne puisse supporter avec impunité, et alors nous en sommes débarrassés. L'iode, s'il a quelque effet sur le bronchocèle, agit de cette manière; il faut par conséquent, dans le cas dont il s'agit, compter sur les remèdes généraux et non sur les spécifiques. La grande règle de la pratique est de diminuer la tendance du sang vers l'utérus et d'arrêter toute action désordonnée; l'on peut cependant, si l'on gagne du terrain, employer les sangsues, autant qu'elles ne débilitent ni ne lèsent le système général, et elles ont depuis peu été appliquées à l'orifice utérin; on évitera tous les stimulants, et par conséquent on prescrira un régime sévère. On calmera la sensibilité par l'emploi du bain de siége tiède et peut-être par des anodins. On se servira de tout ce qui peut améliorer la santé sans exciter le système général, et l'on apportera une attention particulière à l'état des intestins; car, en maintenant leur action et en augmentant celle des reins, l'on favorise l'absorption générale; et si préalablement nous avons fait disparaître la condition inflammatoire de la tumeur, et si nous l'avons laissée dans une espèce d'état douteux, cette méthode pourra réussir. D'après ce principe, on peut recourir à l'emploi des sels minéraux; le muriate de chaux a été préconisé comme un altérant; mais ce n'est seulement que de cette manière qu'il agit, quand il fait quelque bien. Le mercure, d'après le principe déjà cité, peut aussi réussir : mais il faut surveiller ses effets avec soin; car, s'il ne fait pas de bien, il fait du mal et peut irriter une tumeur qui du reste serait restée indolente. L'iode a été recommandé par le docteur Ashwell quand le col et l'orifice de l'utérus, qui sont de tissu glandulaire, sont affectés; il le donne à l'intérieur et frotte aussi les parties par le vagin avec une pommade composée de deux scrupules d'hydriodate de potasse et de trois onces de simple cérat; on en emploiera gros comme un pois à chaque pansement. Si le corps de l'utérus est le siége de la maladie, il n'attend aucun effet de son médicament.

Quelques femmes qui ont eu plusieurs enfants, surtout si elles sont d'une constitution lymphatique, ont la matrice assez volumineuse; les lèvres en sont tuméfiées et peut-être gercées, mais elles ne sont pas plus dures ni plus sensibles que d'ordinaire. Cet état est souvent accompagné de sentiment de pesanteur et de leucorrhée. On évitera toutes les applications irritantes, et on améliorera la santé générale par de doux toniques, des bains froids, etc. — Les blessures de l'utérus

sont dangereuses en proportion de l'inflammation qu'elles provoquent (1).

SECTION XXVI. — *Excès de sensibilité de l'utérus.*

Il y a un état d'exaltation de sensibilité qui produit un malaise dans la région de la matrice, accompagné de sentiment de pesanteur naissant plutôt d'un trouble de l'origine des nerfs pelviens que de quelque inflammation ou déplacement de l'utérus lui-même. L'attention de la malade y est appelée par une douleur dans la région hypogastrique et dans l'aine, d'un ou des deux côtés, par un sentiment de pesanteur, accompagné d'un écoulement de mucosités blanches. La sensation douloureuse n'est pas toujours limitée à la région de l'utérus, mais peut affecter et le rectum et la vessie. Le sommet du sacrum est sensible au toucher, et généralement il est douloureux dans certains temps ; il y a ordinairement de l'engourdissement ou de la douleur avec une grande faiblesse aux extrémités inférieures, et quelquefois de la sensibilité quand on presse la peau de la cuisse et de la jambe. La malade ne peut marcher aisément, ni se tenir debout sans souffrir ; il y a un sentiment de douleur ou de pesanteur dans la tête, avec douleur dans le cou et aux extrémités supérieures. Le teint n'est point changé, et si primitivement il est fleuri, il continue de l'être. Le pouls est variable; il y a constipation et la langue est sale. Dans quelques cas, les symptômes utérins sont compliqués de signes trompeurs, d'affections du foie ou de l'estomac. La force générale est moindre qu'on ne le supposerait en apparence; mais cette diminution est plus marquée dans les extrémités inférieures que dans les supérieures. Par l'examen, on ne trouve pas l'utérus plus gros; mais le col et l'orifice sont généralement plus sensibles que de coutume, surtout à un endroit, et si on le presse, la douleur s'étend dans l'abdomen ou dans le dos. Tous les symptômes, principalement la douleur à l'hypogastre, sont augmentés dans la période menstruelle. La maladie est causée par un excès de fatigue, surtout pendant les règles, mais elle peut être aussi produite par le froid ou par des causes moins évidentes. Elle peut sans doute dépendre de l'existence de quelque degré d'inflammation ; mais le plus souvent elle est névralgique. Dans la première période, on appliquera des sangsues au dos, on prescrira le repos au lit, on tiendra le ventre libre et la nourriture sera réglée. Les Français prétendent guérir cette maladie en appliquant des sangsues sur la matrice elle-même. A une époque plus avancée, on pratiquera deux cautères de chaque côté de la dernière vertèbre lombaire ; mais ils ne sont pas infaillibles. La douleur est souvent mitigée plutôt par la poudre composée d'ipécacuanha que par tout autre opiacé. Les médicaments toniques, comme le fer à haute dose, la quinine, etc., sont utiles; et dans un état de convalescence, les bains de mer conviennent, si la sensibilité le permet.

SECTION XXVII. — *Ulcération de l'utérus, excroissances en forme de choux-fleurs.*

L'orifice de l'utérus peut, par irritation, s'ulcérer comme toute autre partie ; il se forme un écoulement purulent ; mais, comme il y a aussi un écoulement du vagin, il n'est pas facile de découvrir le premier. La malade éprouve de la douleur dans le coït, ou quand on presse sur l'utérus ; il y a un sentiment de chaleur à l'hypogastre, et souvent de la douleur au dos et même aux aines. Comme l'ulcère est plat, il n'est pas aisé de le sentir avec le doigt; mais le spéculum montre sur une ou sur les deux lèvres une place très-rouge et dénudée, variant d'étendue dans les différents cas. L'application répétée de solutions de nitrate d'argent, jointe à l'usage interne de la salsepareille, est le traitement ordinaire. L'ulcération qui suit l'altération du tissu, est la plus fréquente. De cette espèce est l'ulcère phagédénique ou rongeant du docteur Clarke, une des maladies les plus rebelles et les plus terribles de la matrice, qui débute par une membrane couvrant son orifice, et qui par degrés détruit son tissu jusqu'à

(1) Dans un cas, une femme fut assassinée par un morceau de verre enfoncé au haut du vagin ; et Haller rapporte un cas mortel dans lequel un morceau de plomb avait été enfoncé dans l'utérus.— Crouzit cite un exemple extraordinaire d'une aiguille d'argent introduite dans la matrice pendant une grossesse, avec l'intention, à ce qu'il paraît, de faire une saignée locale. Elle ne put être retirée, l'avortement eut lieu, et l'aiguille sortit ensuite par un abcès externe. *Archives générales*, tom. III, p. 80.

ce que presque toute la matrice ait disparu ; quelquefois même il s'étend aux parties voisines. Il est caractérisé d'abord par l'hémorrhagie, suivie bientôt d'un sentiment de chaleur dans la région de l'utérus ; mais, à mesure que la maladie s'avance, la douleur est souvent atroce, et on la compare à l'effet d'un charbon brûlant ; elle est fixe, constante, et non lancinante. Un écoulement abondant, fétide, purulent ou sanieux, alterne avec l'hémorrhagie ; le pouls est petit, mais fréquent ; la malade dépérit, et quelquefois les ganglions inguinaux s'engorgent: on ne sent à l'extérieur aucune tumeur, mais le ventre est aplati. L'examen par le vagin montre la destruction qui a eu lieu, et à quel point elle s'est étendue. On constate aussi que la portion qui reste n'est pas grossie à un degré considérable, mais qu'elle est sensible au toucher. — Cette maladie se rencontre rarement avant la cessation des règles.

En examinant le corps après la mort, on trouve souvent le bassin rempli par les intestins qui sont entrelacés et adhérents au bassin ou l'un à l'autre (1). Au milieu de la masse, il y a quelquefois un ou deux abcès contenant du pus louable; en déchirant cette masse, on découvre l'utérus entièrement détruit, excepté le fond ou une petite partie du corps. Si la maladie ne s'est point étendue très-loin, alors les intestins sont généralement intacts. L'utérus est très-peu grossi ; mais le col a, quand il est coupé, l'apparence d'une fibrine solide ou du squirrhe ordinaire, avec çà et là de petits kystes pas plus gros que des têtes d'épingle. Le fond est plus sain et la cavité est peut-être un peu distendue par du liquide. La membrane muqueuse semble être altérée plus haut que la portion indurée de la substance de l'utérus, et le progrès du mal va de bas en haut. La surface ulcérée est noire, floconneuse, et a un aspect de dissolution ; tandis que le tissu qui l'avoisine immédiatement est vasculaire et livide. La rapidité de la destruction varie suivant les différents cas. Il est difficile de guérir cet ulcère ou même d'en arrêter les progrès ; quelquefois le mercure a guéri, soit seul, soit combiné avec de la ciguë ; mais, dans ce cas, je crois que la maladie était syphilitique; car, en général, le mercure fait plus de mal que de bien. La jusquiame et d'autres narcotiques ont été administrés seuls. L'acide nitrique apporte quelquefois du soulagement ; et, quand il est très-étendu, de manière à être plus faible que du vinaigre, il forme une solution très-convenable pour être injectée. Une très-faible solution de nitrate d'argent est aussi une bonne injection, et l'utérus lui-même pourrait être touché avec une solution plus forte. Si la douleur était grande, une décoction tiède de pavots, ou de l'eau avec addition de teinture opiacée, serait utile en injections; des fomentations sur le bas-ventre et des frictions sur le dos, avec un alcoolat camphré, soulagent aussi; mais bientôt l'opium pris à l'intérieur calme seulement la souffrance, et la dose requise est souvent bien grande.

Il y a un autre ulcère qui attaque le col et l'orifice de l'utérus : il est creux, luisant et uni, avec des bords durs. Le col, un peu au-dessus de lui, est induré et en quelque sorte hypertrophié ; mais le reste de l'utérus est sain. L'écoulement est séreux et quelquefois purulent ; la douleur est assez constante, mais sans acuité ; et les progrès sont généralement lents, quoiqu'à la fin ils deviennent funestes par la fièvre hectique. Dans cette maladie et dans toutes les autres de l'utérus, l'irritation morbide occasionne généralement une leucorrhée à un degré plus ou moins grand; mais l'examen découvre la condition maladive des parties. La saignée locale, le bain de siége, les purgatifs salins et la diète ont été proposés ; mais ils ne sont d'aucune utilité, à moins qu'ils ne puissent, pendant une période d'augmentation d'action, calmer cet état momentané. On peut tirer quelques bons résultats des bains chauds de mer, de l'usage régulier d'un sel purgatif ou d'une eau minérale laxative. L'ulcère se trouve bien quelquefois de l'application répétée du nitrate d'argent; c'est surtout le cas de l'employer quand l'ulcère est petit. Lorsque la partie est seulement indurée, sans qu'il y ait d'ulcération, l'application de sangsues aux aines, au pubis et à l'orifice utérin, sera convenable. A cette période, le col est dur et sensible au toucher ; il y a une leucorrhée et de la douleur dans la région utérine. Un léger traitement mercuriel avec de la salsepareille est souvent utile;

(1) Le docteur Churchill dit qu'à moins d'un cancer l'utérus dans cette maladie est mobile; mais cela n'arrive généralement que dans la première période. *Dubli Journ.*, IX, 442.

mais il faut en surveiller les effets, vu qu'il peut activer l'ulcération. L'iode est quelquefois utile. Quelques-uns considèrent cette maladie comme une espèce de cancer; mais l'ulcère n'a jamais la forme de choux-fleurs.

Des granulations dures ou molles, variant depuis la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois, ont été décrites sous le nom d'inflammation granulaire. Les saignées locales et les émollients sont conseillés dans la forme sous-aiguë, comme les toniques et les caustiques dans la chronique; mais, s'il y a induration du col, il est dangereux d'exaspérer les excroissances. — Des excroissances assez fermes au toucher et plus larges à leur extrémité qu'à leur attache, peuvent naître de l'orifice de l'utérus, et généralement je crains qu'elles ne partent d'un état lobulaire ou crevassé des parties. La surface est granulée, et de petites éminences peuvent être déchirées, en sortant, elles paraissent avoir peu de consistance; elles saignent promptement et abondamment; mais, quand elles ne sont pas irritées, l'écoulement est séreux et si grand, que des plis épais de linge sont bientôt mouillés, comme si la liqueur amniostique s'était écoulée. Dans la première période, l'écoulement peut être semblable à des fleurs blanches. La maladie est accompagnée de peu de douleur, mais la femme succombe en partie aux effets débilitants de l'écoulement, en partie à l'influence produite par la maladie sur les organes de la digestion et sur le système général. Après la mort, on trouve l'excroissance molle et pendant dans le vagin comme des *franges*. Le col de l'utérus est un peu épaissi, et le tissu, au lieu d'être dense, est cellulaire et renferme de petits kystes. De là il est évident que les astringents ne peuvent guérir, et ne sont tout au plus que des palliatifs incertains. La ligature est le meilleur remède, et n'est utile qu'autant qu'elle enlève l'excroissance; mais si elle est, comme cela arrive généralement, liée à une maladie du col, le soulagement ne sera que temporaire. On devra appliquer le caustique, si la ligature manque ou ne peut être employée. On surveillera la santé générale et le système digestif.

Une excroissance particulière est décrite par le docteur Clarke, sous le nom d'excroissance en forme de choux-fleurs, qui est probablement de la même nature que celle dont je parle. Elle naît de l'orifice de l'utérus, la base est large, la surface granulée; la substance est comme celle du placenta, et les fragments séparés sont blancs. La pression n'occasionne pas de douleur, et la malade souffre rarement. L'écoulement est d'abord aqueux, mais il empèse les serviettes, dont vingt ou trente au moins sont mouillées par jour. Dans le cours de la maladie, la femme perd plus ou moins de sang; la faiblesse est grande, les vomissements et les nausées surviennent, et la malade succombe. Aucun âge, au-dessus de vingt ans, n'est exempt de cette maladie. L'excroissance est recouverte par une très-fine membrane d'où part l'écoulement. Une petite partie de l'utérus peut lui donner naissance, ou elle peut occuper toute la circonférence; mais jamais l'excroissance n'est dans la cavité. La marche est variable, et quelquefois elle est si rapide que l'excroissance peut remplir le bassin dans l'espace de neuf mois, et elle peut même faire saillie par le vagin. Elle est à l'œil d'une couleur de chair brillante. Elle n'empêche pas toujours la grossesse (Clarke, p. 67). Après la mort, elle ressemble à une substance molle, flasque, glaireuse et blanchâtre, comme la portion fœtale du placenta, ou d'un veau macéré. Le seul traitement qui puisse soulager, c'est l'application de la ligature ou du cautère actuel. — Quand les vaisseaux sont étreints par la ligature pendant la vie, ou lorsqu'ils deviennent flasques après la mort, la tumeur perd de sa solidité et ressemble simplement à une substance glaireuse. Quand on n'a pas recours aux moyens ci-dessus énoncés, on doit employer des injections astringentes. On ne peut compter sur aucun médicament interne, et pas plus sur les saignées locales. — L'ulcération syphilitique, quoique les parties externes soient saines, peut attaquer l'utérus, y produire une sensation de chaleur avec douleur. Il y a d'abord peu d'écoulement, et il se compose de mucosités glaireuses. Mais si on laisse la maladie faire des progrès, il s'écoule une matière purulente et liquide. Le chancre est d'abord petit, il n'y a point d'induration autour de l'orifice de l'utérus, et l'on ne s'aperçoit pas qu'il soit dilaté; mais le toucher est douloureux, et quelquefois il s'écoule du sang après le coït; le spéculum montre un ulcère superficiel, grisâtre à sa surface et rouge aux bords, avec quelquefois une fissure qui le traverse. L'écoulement purulent paraît plus tôt que dans le cancer; mais

la santé pendant quelque temps n'est pas altérée; ensuite l'ulcère s'étend, et peut détruire une grande partie de la matrice et de la vessie, et occasionner une fièvre hectique. L'histoire de la maladie peut aider le diagnostic. Le remède est un traitement mercuriel avec de la salsepareille que j'ai toujours vue produire un bon effet bientôt après son emploi (1). L'ulcère peut être touché avec avantage par le nitrate d'argent.

SECTION XXVIII. — *Cancer squirrheux de la matrice.*

Le carcinome, ou le cancer squirrheux, peut débuter dans quelque partie de l'utérus, ou quelquefois dans ses appendices. Mais comme on n'a pas souvent occasion d'examiner la matrice dans la première période de la maladie, et comme dans la suite elle envahit des parties qui étaient d'abord intactes, il n'est pas encore décidé quelle est, de toutes les différentes parties de cet organe, celle qui est la plus sujette à la maladie (2). Dans quelques cas de dissection, on la trouve limitée aux lèvres, au col et à la partie inférieure du corps; dans d'autres, le fond et la partie supérieure du corps sont seuls malades, tandis que dans un grand nombre toute la matrice est indurée. Mais la plupart des pathologistes regardent le col comme le principal siége de la maladie. Elle peut se rencontrer chez une femme au-dessous de vingt ans; mais elle est beaucoup plus rare chez les jeunes et chez les vieilles que dans l'âge moyen. Le plus grand nombre des cas se présente entre trente et quarante-cinq ans; ensuite dans les cinq années suivantes, puis entre vingt-cinq et trente ans. Il est difficile de lui assigner une cause, car elle attaque les personnes mariées ou non mariées dans toutes les circonstances. —La leucorrhée, seule ou combinée avec la métrorrhagie, est souvent un des premiers symptômes. D'abord, il y a une douleur aiguë dans le dos, une sensation de pesanteur à l'hypogastre avec engourdissement au haut des cuisses, et un sentiment de défaillance. Ces symptômes passent trop souvent inaperçus. Ensuite, il y a une douleur lancinante entre le pubis et le sacrum, ou dans le trajet du vagin, avec sensation d'une chaleur brûlante, que l'on éprouve plus ou moins fréquemment, et souvent accompagnée de dysurie et de mucosités dans les urines; la démangeaison de la vulve, qui est atteinte d'une tuméfaction molle ou d'une inflammation érysipélateuse, n'est pas rare. La malade est souvent incommodée par des flatuosités, des douleurs à l'estomac, et quelquefois par des vomissements et des éruptions cutanées par sympathie avec l'estomac. La santé générale ne tarde pas à souffrir, le teint devient terne, le pouls s'accélère, les forces faiblissent et le corps dépérit. Une matière fétide, purulente ou sanguinolente, s'écoule tôt ou tard, qui indique que la maladie est passée à l'ulcération. Des hémorrhagies répétées se montrent alors, et une fièvre hectique s'établit. La douleur est constante, mais sujette à de nombreux accès, et la faiblesse augmente. Dans le cours de la maladie, de fréquentes rétentions d'urine peuvent survenir, qui demandent l'emploi du cathéter pendant plus d'une semaine chaque fois. Elles disparaissent quand la compression de la tumeur prend une autre direction. L'incontinence d'urine peut paraître ensuite, soit à cause de l'ulcération de la vessie, ou par la perte de contractibilité de l'orifice qui participe à la maladie. Dans quelques cas, les intestins souffrent et une communication peut s'établir avec le rectum : alors une matière fétide, très-sanguinolente, ou brune, s'écoule par les selles, mêlée avec des caillots de sang. Les cuisses et les jambes peuvent s'enfler et devenir dures ou tendues. La douleur, la fièvre, l'insomnie, l'écoulement et la perte de sang épuisent à la fin la malade, et la mort termine à la fois ses espérances et ses souffrances.

D'abord, en examinant par le vagin, l'on sent la matrice comme si elle était plus grosse; le col paraît plus étendu, et l'orifice de l'utérus est dur, ouvert irrégulièrement et généralement plus sensible au toucher, circonstance qui cause de la douleur dans le coït. On observe souvent un peu de sang sur le doigt après l'examen. Quelque temps après, l'orifice de l'utérus est tuméfié, formant des saillies irrégulières, comme s'il contenait de petits kystes; ensuite on le sent ulcéré,

(1) Voyez Pearson, *On cancer*, p. 191.

(2) Le docteur Montgomery, dans un très-bon article, semble penser que le squirrhe commence plus rarement par le col qu'on ne le supposerait. *Dublin, Hospital reports*, vol. v, p. 412.

à cause des excavations qui se sont formées et dont les bords sont renversés de manière à rendre la surface plus large. — Le col de l'utérus est quelquefois entièrement induré et considérablement grossi avant que l'ulcération ne survienne. Mais dans d'autres cas l'augmentation est beaucoup plus grande après l'ulcération qu'avant (1). On trouve aussi une induration circonscrite enchatonnée dans la substance du col, qui a une apparence saine, quoique rarement elle dure long-temps. Cette tumeur peut devenir aussi grosse que le poignet, adhérer au bassin, de sorte qu'elle ne puisse être changée de place; elle peut peser sur le rectum ou sur la vessie, suivant sa position, au point d'obstruer l'un ou l'autre canal. L'utérus lui-même est rarement plus volumineux dans le véritable cancer que dans le tuberculeux, et très-souvent quand il est entièrement pris, il n'est pas plus du double de son volume ordinaire; mais, quelquefois, l'on trouve la tumeur si grosse, que pendant la vie on la sent comme une tête d'enfant dans l'abdomen. Les trompes et les ovaires peuvent être attaqués par la maladie, ou elle peut débuter par un ovaire (2). Chez quelques malades, la maladie devient fatale de bonne heure, s'il y a eu une hémorrhagie abondante; chez d'autres, il survient de grands ravages, et la vessie (3) ou le rectum (4) sont perforés. Dans beaucoup de cas, le vagin devient dur et épaissi, ou bien irrégulièrement contracté, avec des ganglions engorgés sur son trajet. La position de l'utérus est souvent naturelle, mais quelquefois il est incliné d'un côté ou d'autre, ou bien elle approche d'un état de rétroversion ou d'antéversion.

En examinant la partie malade après la mort, on la trouve épaissie et indurée, et quelquefois la cavité est élargie. La substance est d'une couleur blanchâtre ou brune, entrecoupée de fortes divisions membraneuses, et entre elles il y a souvent de nombreux petits kystes dont les membranes sont épaisses et blanches; ils contiennent une substance vasculaire, qui, après avoir été essuyée, prend une couleur légèrement olivâtre. A mesure que la maladie fait des progrès, quelques-uns des kystes grossissent et s'épaississent davantage; et, quand ils sont ouverts, on trouve qu'ils contiennent une lymphe sanguinolente et que leur surface interne est couverte d'une substance spongieuse et vasculaire semblable à celle qui remplit les petits kystes, mais qui ressemble beaucoup plus au fongus. Bientôt quelques-uns de ces kystes augmentent tellement qu'ils ressemblent à des abcès, quoiqu'à proprement parler ce ne soient point des abcès, et bientôt après ils percent. Il est rare qu'un kyste s'ouvre à la surface externe de l'utérus, qui est recouverte par le péritoine. — Comme on peut prendre cette maladie pour des flueurs blanches, pour une métrorrhagie, une néphrite, ou une dyspepsie, il est très-important que le praticien soit sur ses gardes et qu'il examine l'utérus de bonne heure et avec soin, par le vagin. Le spéculum, qui paraît être employé en France sans nécessité dans quelques affections de la matrice, a été appliqué dans ce cas-ci; mais le doigt suffit tout-à-fait pour constater l'existence de la maladie. On cause beaucoup de mal en employant des injections astringentes dans l'intention de guérir les flueurs blanches supposées:

(1) Voyez Stalpart, Vander wiel, obs. 87. — Segerus in *Mis. cur.*, 1671, obs. 121. — Malgré ces excroissances cancéreuses autour de l'utérus, une femme peut concevoir. — Le docteur Denman rapporte un cas où il y avait une large excroissance chez une femme enceinte, avec un écoulement de sang abondant. La tête de l'enfant fut broyée, mais la femme mourut sans être accouchée; vol. II, p. 65. Quand l'orifice utérin a été affecté de squirrhe et que la femme a conçu, la matrice a été quelquefois déchirée et la femme est morte sans être délivrée. — Hildanus, cent. I, obs. 67. — Horstius, *Opera*, tom. II, lib. II, obs. 5. — Blancardi, *Anat.*, p. 233, *Hist. de l'Acad. des sciences*, 1705, p. 52.

(2) Voyez Prochaska, *Annot. acad.*, fasc. 2.

(3) Le Dr le Dran soignait une malade qui avait tous les symptômes d'un utérus squirrheux, et à l'examen l'on trouva des excroissances fongueuses qui faisaient saillie dans le vagin. La douleur était continuelle et ne pouvait être calmée que par un usage constant d'opium. L'urine s'écoulait par le vagin, et, après la mort, on trouva la vessie perforée; le fond et le corps de l'utérus n'étaient point très-malades.

(4) M. Tenon trouva dans un cas d'utérus malade toute la partie postérieure de la matrice ulcérée, le rectum attaqué et une communication établie entre ces organes.

c'est une maladie désespérée; mais on peut faire beaucoup pour arrêter ses progrès ou calmer ses symptômes. Quand des sensations pénibles, à l'époque de la cessation des menstrues, annoncent une tendance à une maladie de l'utérus, on retire un grand avantage en prescrivant des eaux laxatives (1), une diète sévère, ou du moins un doux régime (2), et l'usage de la flanelle (3). Et si par l'examen l'on découvre quelque altération dans la forme, le volume ou la sensibilité de la matrice, il faut avoir recours à l'emploi journalier, depuis deux jusqu'à trois drachmes, de sulfate de potasse, mêlé avec du soufre; et s'il vient à perdre son effet, on ordonnera quelque autre laxatif. Le bain chaud, tous les soirs, est aussi utile tant qu'il calme les sensations douloureuses; je n'ai jamais trouvé qu'il attirait plus de sang à la partie, ou qu'il accélérait les progrès du mal. Lorsqu'il y a sentiment de battement, de chaleur, ou de douleur autour du bassin, il est bon de tirer du sang des reins par des ventouses, ou du pubis, ou des aines par des sangsues, et la malade devra garder la position horizontale autant que possible. Les sangsues ont été appliquées sur la partie elle-même, et l'on dit que les morsures ont un bon résultat. Je n'ai pas expérimenté leur utilité dans ce cas: je puis concevoir qu'elles améliorent l'état des parties dans la première période, et non qu'elles guérissent un cancer véritable. On devra éviter toute excitation de la partie ou de l'économie. Quand la maladie a évidemment pris racine, il faut partir de ce principe, qui consiste à éviter toutes les causes qui peuvent agir en général; car, tant que nous empêchons le squirrhe d'entrer dans un état d'activité et d'inflammation, nous tenons aussi la maladie en échec. Il n'est pas donc nécessaire d'ajouter que, si la malade est mariée, elle ne doit point cohabiter avec son mari. La pratique la plus rationnelle et presque la seule utile, c'est d'adopter un système doux qui puisse prévenir toute action et empêcher les parties de passer à l'état d'ulcération. Je désire faire bien connaître au lecteur que, dans beaucoup de cas, ceci est en notre pouvoir, quoique nous ne puissions par aucun remède spécifique arrêter, encore moins détruire la maladie. Cependant ce précepte n'est point assez absolu pour quelques-uns, ni assez démontré pour d'autres, et par conséquent des drogues inutiles ou même dangereuses, telles que le mercure, la ciguë, l'aconit, l'arsenic, etc., sont prescrites. Tout en évitant toute stimulation, l'on peut dans les constitutions plus fortes trouver bon d'enjoindre une abstinence de nourriture et de défendre les mets ou les boissons qui fermentent dans l'estomac, vu que cette condition dans les aliments aggrave les symptômes. D'un autre côté, si l'on trouve que la diète dans certains cas, en affaiblissant par trop, permet à l'action morbide de faire des progrès, il faut changer de régime. Notre objet est d'éviter l'excitation tout en fuyant ce qui peut débiliter. — Quand il y a ulcération, il faut laver la plaie soir et matin; et si le contact de la seringue n'est point douloureux, on peut injecter de l'eau tiède, ou une faible solution de chlorure de chaux. On a dit que l'acide phosphorique dissout au point de n'être pas plus fort que du faible vinaigre, diminue la douleur; mais j'en craindrais les effets, vu que sous ce rapport nous n'avons pas plus de données fixes que sur les différentes préparations d'opium administrées à l'intérieur. L'addition d'un demi-gros jusqu'à un gros de poudre de valériane à la potion opiacée la rend souvent plus efficace. Il faut se tenir en garde contre les effets de la constipation.— On a proposé une opération dans deux différentes circonstances: d'abord, quand on suppose que la maladie est limitée à la partie inférieure du col utérin, et par conséquent quand l'excision est partielle; secondement, quand toute la matrice, ou la plus grande partie est affectée, et alors

---

(1) Rœderer cite un cas où le gonflement squirrheux fut guéri en tenant le ventre libre et en donnant tous les trois jours au soir depuis dix jusqu'à vingt grains de calomel. — Haller, *Disp. med.*, tom. IV, p. 676. L'utilité du calomel est douteuse.

(2) La diète absolue a été recommandée par Ponteau, *OEuvres post.*, t. I, p. 105. Il cite un cas qui fut guéri en mettant la malade à l'eau de glace. — M. Pearson, p. 113, cite deux cas heureux. Dans le premier, l'utérus était volumineux et renversé en arrière, mais par une diète sévère il fut remis dans son état naturel.

(3) On a conseillé d'établir un cautère au bras ou à la jambe; mais ce n'est que dans les tempéraments pléthoriques, ou quand il y a des symptômes passagers qu'il peut être utile.

elle est entièrement enlevée. Le docteur Osiander, de Gottingue, fut parmi les premiers qui proposèrent de tirer au dehors le col cancéreux en lui passant une ligature, et d'exciser la partie malade. Il pratiqua l'opération près de trente fois; mais l'on dit qu'il y renonça avant sa mort. Au reste, l'opération a été pratiquée plus de cent fois avec des résultats variés. Il y a deux objections matérielles à l'opération : la première, c'est que la malade ne s'adresse à un opérateur que lorsque la maladie est trop avancée, en accordant même qu'elle ait été primitivement limitée à l'orifice ou au col de l'utérus, de manière à permettre d'espérer qu'elle était facile à enlever et que l'on pouvait en sûreté extirper tout le tissu malade; la seconde objection, c'est qu'il est reconnu que la maladie a une tendance à s'étendre, je dirais même qu'il est certain qu'elle s'étendra, quoique le voisinage immédiat du tissu morbide paraisse sain. Dans le cas d'un sein cancéreux, il est très-dangereux de se fier à une apparence saine et de se faire une règle générale d'être satisfait d'une extirpation partielle. Dans le cas de l'utérus, l'on ne peut être sûr d'avoir compris toute la partie indurée qu'après que l'opération est pratiquée; et si nous ne l'avons pas comprise, à moins que nous n'allions à une profondeur très dangereuse, il aurait mieux valu que nous n'eussions rien fait. Les prôneurs d'opérations tourneront en ridicule ces objections; mais la classe la plus prudente de notre profession arrivera à cette conclusion, que le cancer de l'utérus est très-différent du cancer des autres parties, ou bien que, quand l'orifice ou le col de la matrice a été extirpé avec apparence de succès, la maladie était d'une nature tout-à-fait différente de celle du cancer. La même remarque s'applique aux prétendues cures effectuées par le caustique (2), traitement plus mauvais dans le véritable cancer que l'excision. L'on dit que, quoique la maladie n'ait point été un cancer, elle aurait pu finir par là; elle aurait pu aussi ne pas avoir cette terminaison.

La seconde circonstance dans laquelle nous avons à opérer, c'est lorsqu'il faut enlever tout l'utérus; je n'ai pas besoin d'entrer dans les détails du procédé, vu que cela regarde une autre branche; mais je rappellerai au lecteur qu'il faut toujours faire ici ce qu'il faut pratiquer quelquefois dans le premier cas, je veux dire ouvrir le péritoine. On ne court pas seulement le risque d'une hémorrhagie, que l'on peut à la vérité arrêter en appliquant une ligature sur le trajet des vaisseaux qui vont à l'utérus; mais l'on est dans un bien plus grand danger, je veux dire celui qui peut provenir de l'ébranlement de tout le système ou d'une inflammation péritonéale. Si la malade échappe à tous ces dangers immédiats, l'on court non-seulement cette grande chance, qu'il faut ne pas perdre de vue, savoir que la maladie peut revenir en attaquant les ganglions, ou d'autres parties à l'intérieur du bassin; mais l'on est encore exposé aux sérieuses et même funestes conséquences d'un changement de position dans le canal intestinal, ou des effets d'une légère inflammation sur les intestins, qui peuvent être altérés au point de causer une obstruction ou une constipation mortelle. Ces dangers ne seraient point à craindre, si l'on extirpait un utérus quand il est renversé; mais, dans ce cas-là, la cavité abdominale n'est pas ouverte et les intestins ne sont pas autant déplacés (1). —

(1) Lisfranc publie un cas où la femme devint ensuite enceinte et accoucha à terme. *Archives*, t. XIX, 42. Dans un mémoire, il dit que sur 99 cas il en a guéri 84; mais cet énoncé fut contredit par Pauly, qui soutient qu'à sa connaissance 19 périrent promptement sur 28.

(2) Lisfranc emploie une partie de nitrate de mercure dissous dans huit onces d'acide nitrique, pour détruire de grosses excroissances sanguinolentes et cancéreuses. Dans une ulcération plus simple, il dissout le nitrate dans douze parties d'eau. La partie en est imbibée au moyen de charpie fixée à un petit bâton.

(1) Voy. Dict. des scienc. méd., art. *Matrice et hystérotomie*, et les cas de Sunter, Recamier, Graefe, Holscher, Velpeau, Lisfranc, Lagenbeck, Dupuytren, etc. Palette saisit une matrice ulcérée avec des pinces, la tira en bas, puis coupa le vagin à l'entour de la tumeur et la détacha avec peu de sang de répandu; l'inflammation survint et la malade mourut le troisième jour. *Rev. méd.*, tom. X, p. 89. — Le docteur Blundel extirpa l'utérus en ouvrant la cavité péritonéale par le vagin; dans les quatre cas, tous échouèrent, quoiqu'une femme vécût un an. *Lond. med. Gazette*, II, 294, 753, 780, et III, 797. Voyez aussi un cas de M. Banner, vol. II, p. 582. — Recamier, *Archi-*

Dans deux cas, l'utérus fut extirpé en faisant une incision au-dessus du pubis; il n'est pas nécessaire d'ajouter que tous les deux se terminèrent promptement par la mort.

SECTION XXIX. — *Tubercules de la matrice.*

Les tubercules sont communs dans la matrice après l'âge critique, tellement que Bayle dit que, dans l'espace de sept mois, il en rencontra quatorze exemples; et il pense qu'aucune femme vierge après quarante ans n'en est exempte. Ils consistent d'abord en un tissu dense et fibreux; mais à la longue ils deviennent cartilagineux et même osseux, surtout à leur surface (1). En examinant la tumeur, on la trouve quelquefois séparée par des divisions membraneuses, et la section montre toujours une surface compacte granulée ou laminée, blanchâtre, sans vaisseaux, quelquefois avec des points d'ossification : un tubercule peut exister dans un point et tout le reste de l'utérus être sain et avoir la grosseur naturelle. La grandeur du tubercule est très-variable, et il peut faire saillie, soit à la surface externe (2), ou au dedans de la cavité de la matrice; et dans ce dernier cas, l'adhérence à la surface de la cavité peut être légère (3), même après que le tubercule a entièrement fait saillie : en ceci il diffère, même lorsqu'il est le plus détaché, du polype qui est attaché, non par un tissu cellulaire, mais par un pédoncule. Un ou plusieurs de ces tubercules peuvent être poussés en dehors avec des douleurs semblables à celles de l'enfantement. Dans d'autres cas, le tubercule, s'il ne naît pas de la membrane muqueuse, du moins il a avec elle tant de rapport qu'il semble en partir pour s'étendre dans la cavité de l'utérus, d'un côté, et dans la substance ou dans les parois, de l'autre; de sorte que lorsqu'une section est pratiquée, la membrane semble partager le tubercule en deux portions. Quelquefois il y a un grand nombre de tubercules que l'on trouve faire saillie dans différents degrés, et l'utérus peut s'élargir de beaucoup et devenir très-irrégulier à l'extérieur (1). Dans un cas, la matrice était volumineuse, et l'on pouvait sentir dans l'abdomen deux sillons épais et durs qui s'étendaient obliquement sur les côtés de l'ombilic; la partie inférieure et antérieure de la matrice était large et remplissait le détroit supérieur du bassin comme la tête d'un enfant, tandis que, près le promontoire du sacrum, l'on sentait l'orifice utérin à l'état sain, quoique comprimé. Cette femme n'avait d'autre souffrance que celle qui résultait du volume des parties. La vessie, contre toute attente, n'était nullement affectée, les garde-robes étaient faciles et la menstruation régulière; dans quelques cas, l'on trouve l'orifice de l'utérus comprimé vers le pubis.

Je n'ai jamais vu le tubercule se terminer par ulcération, ni former des abcès dans la substance de l'utérus quoiqu'elle fût épaissie. Cette observation est confirmée par d'autres auteurs qui établissent qu'il n'y a pas tendance à la suppuration, mais bien à l'ossification. Les effets de cette maladie sont principalement mécaniques et très-souvent légers, car je l'ai vue exister bien des années sans altérer ni la santé, ni le tempérament; d'autres fois, la malade sent de la douleur dans le dos, et quelquefois à l'hypogastre, qui, s'il y a élargissement de la matrice, peut

---

ves générales, XXI, 78. — Roux, *Bulletins*, oct. 1829, et un bon traité dans *Edinb. journal*, XXXIII, 377.

(1) Sandifort, *Obs. anat. path.*, lib. I, cap. VIII. — Bayle in Journ. de med., tom. V, p. 62. — Murray, *De osteo steomate*, p. 14, et seq. Gardien, tom. I, p. 421. D'après l'analyse du docteur Bostock, la partie osseuse semble être formée principalement de phosphate de chaux avec un peu de matière animale et de carbonate de chaux. *Med. chir. trans.*, vol. XIX, p. 91. Dans le même volume, on trouve un rapport de M. Lee sur la tumeur fibro-calcaire de l'utérus.

(2) Kummer décrit un stéatome qui tenait au fond de l'utérus seulement par un pédicule d'un pouce d'épaisseur; il pesait quarante livres, avait quarante-six pouces de circonférence et treize de diamètre. *Quaterly, Journal for*, Oct. 1822.

(3) Baillie's, *Morbid. anatomy*, chap. XIX.

(1) J'ai trouvé l'utérus beaucoup plus gros que la tête d'un enfant d'un an, rempli d'éminences et de tubercules. — Peyer a rencontré un cas semblable. Paver. *Anat.*, p. 131. Nous l'avons vu aussi s'étendre vers l'ombilic, comme dans une grossesse de six et sept mois. Un utérus pesait près de quarante livres.

être tuméfié, dur et irrégulier. Viennent ensuite des symptômes dyspeptiques, une leucorrhée, et à la fin une petite fièvre et une perte croissante des forces. Il peut y avoir aussi une antéversion ou rétroversion avec leurs symptômes ordinaires. Les progrès sont généralement lents, à moins que le col de la matrice, qui est presque toujours sain dans cette maladie, ne soit affecté que d'inflammation ou de cancer, ou à moins qu'une inflammation simple et inutile ne soit provoquée en pressant sur quelque partie voisine ; c'est-à-dire que cette maladie par elle-même est rarement dangereuse, à moins qu'il n'y ait eu irritation ou hémorrhagie mécanique ou sympathique. Pendant la période d'acuité, de la douleur se fait peut-être sentir; mais elle disparaît quand la tumeur cesse de croître, ce qui arrive souvent. Le tubercule commence rarement, pour ne pas dire jamais, dans le col; mais il peut naître de la partie inférieure du col de l'utérus, et s'étendre en bas aussi bien qu'en avant, de manière à paraître avoir commencé dans le col. La menstruation peut devenir irrégulière ; mais souvent elle reste intacte. La métrorrhagie est quelquefois un des premiers signes, et quand elle arrive souvent et avec abondance dans le cours de la maladie, elle constitue la principale cause de dangers. Ces tumeurs, surtout quand elles sont placées sur la surface externe de l'utérus, n'empêchent pas toujours la grossesse.— On peut seulement confondre cette maladie avec celle de l'ovaire; mais il est plus dur, quand on le sent à travers le ventre; d'abord il n'est pas si mobile, et l'on peut généralement percevoir une différence par le vagin. Elle peut se combiner avec une tumeur de l'ovaire : en introduisant le doigt dans le vagin dès la première période, l'on sent l'utérus développé et vacillant en avant ou en arrière. La masse est un peu douloureuse quand on la presse; on la sent faire partie de la matrice, et très-souvent elle est placée sur la surface antérieure, en contact avec la vessie. Le col peut être un peu développé, mais il est sain.

Aucun remède ne peut enlever la substance morbide, et par conséquent le traitement consiste à pallier les symptômes et à surveiller spécialement la vessie et les intestins. On diminuera aussi, d'après des principes généraux, le trop d'activité des vaisseaux, et l'on se mettra en garde contre toute action inflammatoire. Le régime anti-phlogistique sera suivi avec modération. On tiendra libres les intestins et on écartera toute cause d'irritation ; s'il survient une violente douleur, on appliquera des sangsues, puis un cataplasme chaud, et on donnera un opiat. Les femmes peuvent vivre longtemps, quoique ces tumeurs acquièrent un volume considérable, surtout si l'écoulement de sang n'est point grand et si l'on est toujours attentif à le modérer ou à l'arrêter, soit par le tamponnement, soit par d'autres moyens. Une partie de la matrice, quelquefois même toute la matrice est développée et changée en une substance blanche et cartilagineuse, avec une surface dure et irrégulière; ou elle peut avoir grossi et s'être ossifiée (1), et ces ossifications peuvent survenir même pendant la grossesse (2). Des tumeurs stéatomateuses ou *athéromateuses* de différentes grosseurs (3), ou des corps sarcomateux (4) ou squirrheux peuvent être attachés à l'utérus. Toutes ces maladies quelquefois causent d'abord peu de trouble, et même dans leur période avancée il n'y a point de signe pathognomonique qui puisse les faire découvrir, vu qu'elles produisent les effets d'une irritation de l'utérus. Je dois aussi ajouter que la médecine a peu de pouvoir sur elles. Le plus que l'on puisse faire, c'est de pallier les symptômes : par là cependant on améliore beaucoup la condition de la malade.

Les affections strumeuses de la matrice ne sont pas rares ; on les regarde quel-

---

(1) Voyez *Mém. de l'Acad. de chirurgie*. Lieutaud cite le cas d'une femme qui avait un ventre tuméfié et qui se plaignait de grandes douleurs. La matrice n'était pas beaucoup plus large que de coutume; mais elle était presque ossifiée. *Hist. anat. méd.*, p. 520. — Grandchamp trouva une tumeur osseuse aussi large que le poing, renfermée dans un sac entre l'utérus et la vessie; elle produisait une continuelle ischurie que la position sur le dos pouvait seule soulager. *Med. and phys. journal*, vol III, p. 587.

(2) Voyez *Obs. on abortion*, 2e édition, p. 37.

(3) Voy. Rhodius, cent. III, obs. 46.— Bœhmer, *Obs. anat.*, fasc. 2. — Stoll, *Ratio med.*, part. II, p. 379.

(4) Voyez Friedus in *Sandifort's Observ.*, lib. I, c. VIII, et un cas de Sandifort lui-même où la tumeur adhérait par un cordon, lib. IV, p. 113.

quefois comme des squirrhes ; mais il n'y a point de douleur lancinante et souvent même peu de sensibilité, excepté une sensation d'accablement. Il y a aussi des flueurs blanches et quelquefois une ménorrhagie. On trouve le col plus volumineux, mais ni douloureux, ni ulcéré. La liberté du ventre, l'emploi d'un support élastique, comme celui dont on se sert dans le prolapsus de l'utérus, les bains de mer : voilà les meilleurs remèdes ; on peut aussi donner de l'iode, en l'alternant avec les ferrugineux.

De la matière tuberculeuse peut se déposer dans la substance de l'utérus ou à sa surface interne. Dans quelques cas, l'utérus grossit tellement qu'on le sent au-dessus du pubis, et il est non-seulement sensible au toucher, mais aussi le siége de beaucoup de douleur, surtout pendant la nuit ; dans ces cas-là, cette maladie n'est pas aisément distinguée du squirrhe; mais souvent après une leucorrhée continue, qui alterne avec un écoulement de sang peu abondant, il sort par le vagin une substance épaisse semblable à du fromage. Ces cas ont toujours été mortels et sont tout-à-fait indépendants des tubercules dans les poumons, qui souvent en accompagnent le dépôt dans l'utérus. — Enfin, je décrirai ici une tumeur qui, dans sa structure, ressemble beaucoup à quelques cas d'ovaire malade. Elle est d'une consistance comme celle d'un foie ramolli, d'une couleur légèrement rougeâtre, et contient des kystes de différente grosseur remplis d'un sérum sanguinolent ; elle adhère à la surface interne de l'utérus, a une étendue plus ou moins grande, suivant sa durée; et quelquefois, quand l'utérus est aussi volumineux que la tête d'un enfant, il peut y avoir un prolongement libre depuis l'orifice jusqu'au fond de l'utérus, n'ayant pas plus d'un pouce ou deux de largeur. — Si l'utérus est fendu dans le prolongement de la tumeur, elle paraît comme un large polype, et quelquefois elle est recouverte d'une couche de sang caillé. Elle est tapissée d'une membrane épaisse, douce au toucher, qui se réfléchit sur l'utérus au point d'adhérence; elle peut être suivie entre la tumeur et l'utérus, et quand on a déchiré la texture propre et molle de la tumeur, on croirait presque que c'est une couche interne de l'utérus, ou un épaississement de la membrane muqueuse. Elle paraît, en vérité, comme si elle s'était développée dans le tissu de cette membrane qui la recouvrirait partout dans un état d'épaississement. Le tissu de l'utérus n'est pas plus épais que d'ordinaire, et il a une couleur pâle ; la tunique péritonéale est à l'état sain, mais les vaisseaux des ovaires sont larges. Dans quelques places on sent l'utérus mou et élastique comme s'il contenait un liquide. Les vaisseaux utérins sont élargis, surtout les veines, dont plusieurs sont recouvertes par la tumeur, exactement comme elles le seraient par la membrane caduque dans l'état de grossesse; les artères, parce qu'elles sont injectées ou parce qu'elles sont remplies de fibrine, peuvent être suivies plus facilement que les veines dans la tumeur. Elle ne cause point de douleur ; mais, comme le polype, le principal danger résulte des attaques répétées d'hémorrhagie qui peuvent à la fin faire succomber la malade. On doit diriger le traitement de manière à les prévenir ou à les arrêter de suite, et à améliorer la santé générale. Il est très-important de se rappeler dans cette maladie et dans plusieurs autres qui attaquent les adultes et les enfants, et qui sont dans leur nature incurables, que la vie peut être long-temps prolongée et d'une manière supportable en soutenant les forces, en évitant toutes causes excitantes qui pourraient aggraver le mal, et en employant tous les moyens pour détruire tout mauvais symptôme ou arrêter tout écoulement abondant, avec autant de promptitude et de diligence que si nous étions sûrs par là de procurer une guérison parfaite.

SECTION XXX. — *Tumeur spongieuse de la matrice.*

L'utérus est plus souvent affecté d'une tumeur spongieuse qu'on ne le supposerait, car très-souvent cette maladie passe pour un cancer. C'est une tumeur molle et élastique dont la substance a quelque ressemblance avec le cerveau, et qui contient des kystes de différente grosseur remplis de sérum rouge ou de sang, ou de fongosités sanguinolentes, suivant les circonstances. Il n'y a pas de moyens certains pour distinguer ou découvrir cette maladie dans sa première période, car souvent elle cause peu de trouble, et les symptômes qui se présentent sont communs à d'autres maladies de la matrice. La tumeur cependant grossit et l'on peut la sentir à la fin à travers les parois abdominales ; elle est molle, élastique, et à la première application de la

main elle donne la sensation d'une hernie abdominale tendue. Il peut y avoir deux ou plusieurs tumeurs de grosseur inégale dans les différentes parties du ventre, que l'on peut sentir unies l'une avec l'autre et que l'on peut suivre très-souvent jusqu'au pubis par le vagin : l'état de la tumeur varie suivant les différents cas ; mais en pressant en dehors et en même temps sur la tumeur, on découvre son rapport en bas avec la matrice. On peut trouver des ulcérations, ou l'orifice utérin mou, tuméfié et béant, ou bien la lèvre postérieure peut se perdre dans une tumeur molle et élastique, et être tout-à-fait effacée, tandis que l'on sent, après un examen assez attentif, la lèvre antérieure relevée et en apparence saine. La pression cause rarement de la douleur, à moins que l'ulcération ne soit sur le point de paraître, et on ne remarque ordinairement aucune trace de sang sur le doigt après l'examen, à moins que le fongus n'ait fait saillie. Autant que j'ai pu le voir, les flueurs blanches accompagnent rarement cette maladie dans la première période, et peu de gêne à cette époque est produit, excepté celle qui résulte de la pression de la tumeur sur la vessie, en y causant de la strangurie ou une suppression d'urine, suivie d'accès de violente douleur, comme ceux qui sont occasionnés par la pierre.

Un léger écoulement de sang accompagne la formation de la maladie ; et à cette première période, l'orifice de l'utérus est au toucher gonflé, uni et élastique. Le teint est terne, mais la santé est assez bonne jusqu'à ce que survienne l'ulcération ou l'inflammation. L'ulcération peut se montrer dans différentes parties; elle peut s'étendre dans le vagin, et alors l'on a un écoulement fétide, sanguinolent, et quelquefois une hémorrhagie considérable; et à la fin la vessie ou le rectum est compris dans la destruction, ou une fongosité sanguinolente peut faire saillie de la surface externe de l'utérus dans la cavité générale du ventre; et par la suite les intestins s'enflamment et se collent l'un à l'autre, ou la tumeur peut adhérer aux parois de l'abdomen ; et la peau, après être devenue livide, cède à la fin, et un fongus proémine du ventre. A mesure que la maladie marche vers l'ulcération, la santé se détériore davantage, une fièvre hectique s'empare de la malade, qui finit par succomber. Tout le traitement, je suis fâché de le dire, consiste à pallier les symptômes sympathiques ou locaux qui peuvent survenir dans le cours de la maladie.

SECTION XXXI. — *Calculs de la matrice.*

Des concrétions calcaires se forment quelquefois dans la cavité de l'utérus et produisent les symptômes ordinaires d'une irritation utérine; Vigarous les regarde comme très-propres à causer des affections hystériques. Le docteur Bostock trouva que quelquefois elles consistaient principalement en carbonate de chaux, plus souvent le phosphate prédominait, comme dans la vessie ; la présence constante d'un calcul tend à épaissir ses membranes. Ainsi, l'irritation que produit une pierre dans l'utérus peut causer une maladie de la substance de la matrice et une ulcération qui peut s'étendre jusqu'au rectum. La maladie dont il s'agit est très-rare et ne peut être découverte qu'en sentant la concrétion avec le doigt, ou avec une sonde introduite dans l'orifice de l'utérus, qui est assez large pour permettre cet examen. La nature, à ce qu'il paraît, tend à expulser le produit (1), et nous devons coopérer, s'il est nécessaire, à cette tendance. Il faut aussi remédier à la suppression d'urine (2), ou à tout autre symptôme urgent qui peut se présenter.

SECTION XXXII. — *Polypes de la matrice.*

Les tumeurs polypeuses ne sont pas rares et peuvent se développer à tout âge, même dans l'enfance ; mais on ne les rencontre pas souvent chez les très-jeunes femmes. Elles sont très-fréquentes chez les femmes mariées, lorsque les règles existent encore. Le plus grand

---

(1) Gaubius cite un cas où le calcul était compliqué d'un prolapsus de la matrice. Long-temps après, de vives douleurs survinrent, et au bout d'une heure une grosse pierre fut expulsée. Le lendemain, une pierre plus grosse se présenta, mais elle ne put être retirée que lorsque l'orifice de l'utérus fut dilaté. De temps en temps, dans la suite, de petites pierres furent expulsées ; mais à la fin la malade se rétablit complètement. Voyez aussi un cas de Bouvet dans le *Journ. de méd. de M. Roux*, t. XII.

(2) Celle-ci devint mortelle chez une enfant de cinq ans.

nombre de cas semble arriver entre trente et quarante ans, et ensuite dans les dix années suivantes. Ils altèrent toujours la santé, en produisant à un degré plus ou moins grand un manque d'appétit, des symptômes dyspeptiques, du malaise dans la région utérine, un gonflement variable de l'abdomen, une douleur aiguë dans le dos, un sentiment d'accablement, peut-être une rétention ou une incontinence d'urine, du tenesme, une constipation opiniâtre et continue, et une sensation déchirante dans les aines : d'abord, il y a généralement un écoulement muqueux ; mais à la fin il s'écoule du sang, soit de la rupture de quelques veines de la tumeur, ou en partie des vaisseaux utérins eux-mêmes ; et dans ce cas, il est en plus grande quantité vers la période menstruelle. L'écoulement permanent devient souvent fétide. M. C. Clarke dans son ouvrage remarque avec beaucoup de justesse que souvent le sang se coagule sur le polype et sort comme un anneau. L'écoulement de sang et de mucosités, et le désordre constitutionnel qui est produit amènent une grande faiblesse, de la maigreur, la fréquence du pouls et enfin la mort. Par degrés, le polype descend sans douleur de la matrice, ou bien des efforts pénibles sont faits pour expulser plus promptement la tumeur, dont le corps passe dans le vagin (1) et occasionne quelquefois une rétention d'urine (2); ou il peut, quand la personne va à la selle ou autrement, être poussé hors du vagin et faire saillie à son orifice. Dans les cas où le polype naît du col de l'utérus, il descend généralement dans le vagin avec peu de douleur ou d'irritation, excepté celle que cause un écoulement muqueux ; mais quand il est attaché à la cavité de l'utérus, des douleurs d'expulsion surviennent plus souvent. Avant et après la descente de la tumeur dans le vagin, il y a un écoulement sanguin comme une métrorrhagie, le pédicule reste dans l'utérus, et les conséquences fâcheuses déjà produites persistent encore, excepté dans quelques cas où la tumeur est tombée (1) et où la malade se rétablit. Dans ces cas, on a supposé que l'orifice utérin agissait comme une ligature. A la même cause est attribuée la rupture des veines qui produit dans plusieurs cas une abondante hémorrhagie ; mais, quoique l'hémorrhagie soit beaucoup plus fréquente après que le polype est descendu, cependant elle peut survenir lorsqu'il reste tout entier dans la matrice, ce qu'il peut faire pendant très-long-temps.

Il arrive quelquefois que l'utérus se renverse partiellement (2), avant ou après l'expulsion du polype dans le vagin, et cette circonstance ne paraît dépendre ni de la grosseur du polype, ni de son poids. Le polype peut aussi être accompagné du prolapsus de la matrice (3). Dans beaucoup de cas, après la descente du polype, l'utérus est un peu raccourci, mais ses parois ne sont pas épaissies, et le volume et la forme de la cavité sont tant soit peu modifiés par le volume et la situation du polype. — Les polypes peuvent s'implanter à toutes les parties de la matrice, à son fond, à son col, ou son orifice ; et j'ai déjà observé qu'il y avait moins de crainte d'hémorrhagie quand ils s'attachent au col que lorsque c'est ou plus haut, ou bien à l'orifice même de l'utérus. Il y a donc

(1) Dans un cas qui se présenta à feu M. Hamilton de ce pays, le polype fut expulsé avec des douleurs d'enfantement, mais la femme mourut épuisée. — Dans un cas rapporté par Vater, il fut expulsé tandis que la femme allait à la selle. Haller, *Disp. chir.*, tom. III, p. 621. Voy. aussi un cas dans le même ouvrage, page 611, par Schunckius. — Chez la malade de Vacoussain, le polype fut expulsé après de violentes douleurs. On sentait de fortes pulsations à son pédicule. Une ligature fut appliquée, et on excisa la tumeur : à l'instant la ligature disparut et rentra au dedans du bassin ; mais le troisième jour elle tomba. *Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. III, p. 533.

(2) Voyez le cas de Vater dans Haller, *Disput. chir.*, tom. III, p. 621. — Dans le cas fourni par M. Espagnet, on essaya d'introduire une sonde; mais, comme on employait une sonde droite au lieu d'une recourbée, on jugea nécessaire de faire auparavant une incision sur la partie antérieure du polype qui avait fait saillie. *Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. III, p. 531.

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. III, p. 552.

(2) Voy. un cas de Goulard dans l'*Hist. de l'Acad. des sciences*, 1732, p. 42. — Le docteur Denman dans ses gravures donne deux planches d'inversion : l'une tirée du cabinet du docteur Hunter, l'autre du docteur Hamilton.

(3) Med. comment., vol. IV, p. 228.

trois places où les polypes peuvent se former. Dans le second cas, ils doivent faire saillie dans le vagin plutôt que dans le premier. Dans le troisième, ils sont placés, dès le commencement, dans le vagin. Le polype, dans ce cas, peut s'implanter par un pédoncule étroit sur une des lèvres de l'utérus, qui semble épaissie et allongée pour former la base du polype, ou bien il peut naître de toute la circonférence de l'orifice de l'utérus (1). L'hémorrhagie, quoique moins fréquente dans la dernière que dans la première espèce, peut se rencontrer dans tous les cas, et même avant que le polype ne sorte de l'utérus. S'il y a union contre l'orifice de l'utérus et la tumeur (2), ou s'il y a contact immédiat, le polype peut être pris pour une inversion de la matrice, mais l'histoire de la maladie et un examen attentif établiront la différence que je ferai remarquer, quand je viendrai à traiter de l'inversion et du prolapsus de la matrice.—Il y a différentes espèces de polypes. Le polype le plus fréquent est d'un tissu ferme et fibro-cartilagineux, recouvert par une production de la membrane interne de la matrice; à la vérité, il naît souvent et principalement d'une altération morbide de cette membrane, et de l'épaississement lent et consécutif de la portion malade. Il peut, du reste, sortir de la substance de l'utérus lui-même, comme le tubercule; et quelques médecins pensent que le polype est simplement un développement anormal d'une partie du tissu de la matrice. Le volume est généralement plus grand à l'extrémité de la tumeur, et plus petit près la matrice; de sorte qu'il est pyriforme, et il a une espèce de pédoncule contenant des vaisseaux sanguins que l'on peut distinguer. Un prolongement étroit comme un ver descend quelquefois de l'orifice de l'utérus jusqu'à un ou deux pouces, ayant partout la même épaisseur. Mais, si la membrane de l'utérus est affectée dans une grande étendue, et surtout si la substance de la matrice est malade, alors le col ou l'attache du polype est large et il y a eu des exemples où le polype avait plus d'une attache, ce que l'on a attribué à une adhérence consécutive à l'inflammation, car un polype peut non-seulement s'enflammer, mais suppurer même à son centre. Quand le polype est très-large, et lorsqu'il ne descend pas dans le vagin, il peut distendre ou refouler l'utérus au point de rendre l'abdomen plus gros. —Les vaisseaux sont principalement confinés à la surface; mais ils sont, surtout les veines, quelquefois considérables; cela donne une apparence moirée à la surface, et c'est une source d'hémorrhagie qui est plus grande après l'expulsion partielle ou totale du polype; en même temps il faut se rappeler que le sang vient souvent de la surface de l'utérus lui-même. Si la malade vit long-temps, la tumeur est sujette à s'ulcérer, l'ulcère est superficiel et peu profond, ou bien il est creux, d'un rouge vif avec des bords calleux, ou enfin il est fongueux. Les deux dernières variétés sont les plus fréquentes; quelques polypes sont mous et lymphatiques, mais ils sont rares dans la cavité de l'utérus. Des polypes vésiculeux ou d'un tissu cellulaire mou naissent quelquefois de l'intérieur du col; ils sont généralement petits et pédiculés, et saignent lorsqu'on les touche, et à la vérité le signe caractéristique, c'est l'hémorrhagie. Herbiniaux prétend que le pédoncule est comparativement large, et quelques écrivains de nos jours sont portés à regarder ces polypes mous comme contagieux, mais certainement cela n'arrive pas toujours. Ces petits corps glandulaires, que Naboth avait supposés être des œufs, peuvent grandir et former des kystes vasculaires remplis de lymphe ou de matière coagulée, et l'on suppose qu'ils produisent le polype vasculaire que je viens de décrire; mais il n'est pas démontré que ce soit là la seule source. Le docteur Lee donne un bon dessin de cette tumeur dans les *Trans. Méd. Chir.*, vol. XIX. Quelques polypes sont fermes au dehors, mais ils contiennent à l'intérieur un fluide gélatineux ou une substance comme de l'axonge; quelques-uns sont solides, d'autres cellulaires, avec de grandes cavités renfermant seulement une matière glaireuse, ou graisseuse, ou mélangée avec des poils, ou bien du sang seul.

Les polypes sont d'abord nuisibles à cause de l'irritation qu'ils causent dans l'utérus, et du trouble sympathique des viscères abdominaux; à une période plus avancée, ils sont accompagnés d'une hémorrhagie débilitante et mortelle, et souvent de symptômes fébriles, surtout

(1) Voyez un cas de ce genre où la ligature devint mortelle dans Gooch, p. 273.

(2) Mem. de med. society in London, vol. V, p. 12.

si l'écoulement est fétide ou si la surface est ulcérée. L'inflammation de la matrice peut devenir mortelle. Malgré l'existence d'un polype, la femme, cependant, peut concevoir (1), et on dit que le placenta est attaché au polype. — Les polypes étaient, il y a long-temps, décrits sous le nom de sarcôme, de fongus, de môles, etc. Smellie les considérait comme des ganglions hypertrophiés, quelques-uns les nommaient *cérosis* ou queue de la vulve, d'autres *mal saint Fiacre*, etc. On a proposé différents moyens pour les enlever, tels que l'excision, l'arrachement ou la brûlure. Levret, le premier de tous, a donné un rapport méthodique de la maladie, et a proposé l'emploi invariable de la ligature. Depuis ce temps-là, la pratique de la plupart des chirurgiens a été de passer une ligature autour de la base ou du col du polype, et de la serrer assez fortement pour priver de vie la partie malade. La ligature consiste en un fort fil de soie ou de chanvre bien tordu, que l'on frotte avec de la cire, ou que l'on couvre d'un vernis de gomme élastique; celui-ci vaut mieux qu'un fil d'argent qui peut se tordre ou former de petites spirales, qui entravent l'opération et peuvent couper la tumeur. Il est difficile de passer convenablement la ligature si le polype est entièrement dans l'utérus; et on ne doit pas en faire l'essai si l'orifice utérin n'est pas entièrement dilaté. Pour cela, si les symptômes ne sont pas très-urgents, il est convenable de différer jusqu'à ce que le polype soit entièrement ou en partie descendu dans le vagin; et quand cela a eu lieu, aucun bien, mais beaucoup de mal, peut résulter d'un plus grand délai. On a proposé d'accélérer la descente du polype et de produire une inversion de l'utérus (2); c'est une pratique blâmable. Ergot a été le promoteur de l'expulsion (3), Dupuytren et Hervez ont tous les deux divisé l'orifice utérin.

Une double canule a été long-temps employée pour passer la ligature, dont un bout était porté à travers chaque tube, et la portion moyenne qui forme un lacet était placée sur la tumeur, soit avec les doigts ou avec l'aide d'une sonde d'argent, ayant une petite fourche à son extrémité. Avec de la pratique et de l'adresse, cet instrument peut sans doute remplir l'objet que l'on a en vue; mais, sans ces deux choses nécessaires, l'opération échouera, la ligature se tordant ou dépassant la tumeur. Cependant, chaque tentative cause beaucoup de gêne à la malade, et souvent après plusieurs essais et beaucoup d'irritation, elle est abandonnée, épuisée par la fatigue, les douleurs et la perte de sang; c'est ce qui arrive souvent si le polype est assez volumineux pour remplir le vagin. L'opération peut être rendue plus facile en employant une double canule dont les tiges peuvent se séparer et s'unir à volonté (1), par le moyen d'une base qui les unit, ou d'une troisième pièce qui peut leur être adaptée comme un étui. Le fil est passé à travers les tubes qui sont placés l'un contre l'autre; on ne laisse point de lacet au milieu, on les dirige ensuite le long de la tumeur généralement entre elle et le pubis. Après avoir été glissés le long du doigt jusqu'au col du polype, l'on en maintient un dans une position fixe, tandis que l'autre fait entièrement le tour de la tumeur, et est ramené au point où il doit rencontrer l'autre. Les deux tubes sont ensuite unis au moyen d'une base commune. La ligature est ainsi pratiquée, de manière à circonscrire le polype; et, s'il est nécessaire, elle peut être ensuite portée plus haut avec le doigt seul ou à l'aide d'une sonde fourchue.

Quand la ligature est placée comme elle doit l'être, il faut la serrer graduellement et avec précaution, de peur d'y comprendre quelque portion de l'utérus, qui peut être renversé. Si cela arrive, la malade se plaint de douleurs, et quelquefois de vomissements; et si ces symptômes étaient négligés, et que la ligature fût maintenue serrée, de la douleur, de la tension à l'hypogastre, de la fièvre et des convulsions surviendraient, et selon

---

(1) Dans le cas de M. Guiot, le polype fut expulsé. — Levret ajoute d'autres cas. Mém. de l'Acad. de chir., tom. III, p. 543.

(2) Baudelocque fait cette observation : « Nous regardions ce renversement nécessaire pour obtenir la guérison de la malade. » Recueil périodique, tome IV, p. 137.

(3) Voyez un écrit du docteur M. Farlane in Glasgow, Med. journal, vol. I, p. 411.

(1) Un instrument de ce genre est proposé par M. Cullerier et est décrit par M. le Faucheux dans sa Dissert. sur les tumeurs circonscrites et indolentes du tissu cellulaire de la matrice et du vagin.

toute probabilité la malade en mourrait (1). Dans quelques cas, cependant, la matrice a été comprise dans la ligature sans que l'effet fût mortel (2). Le docteur Gooch conseille dans tous les cas pour la sûreté d'appliquer la ligature aussi près du corps du polype qu'il sera possible, persuadé que le reste du pédoncule se dessécherait comme le cordon ombilical. Cette opinion demande à être confirmée. Le docteur Hunter avait un utérus dans lequel il y avait un petit pédoncule, et il dit qu'il ne savait pas si c'était le commencement d'un polype ou les restes de celui qui avait été extirpé.

Même quand l'utérus n'est pas compris, la fièvre peut succéder à l'opération et être accompagnée d'une légère douleur au ventre. Mais les symptômes sont ordinairement modérés, et il n'y a point de douleur quand la ligature est appliquée. En même temps, il faut admettre que l'inflammation abdominale peut inopinément survenir. Le docteur Hamilton cite trois cas de ce genre. Si le premier nœud de la ligature que l'on essaie ne cause point de douleur, il faut le serrer fortement, de manière à comprimer le col de la tumeur assez pour arrêter la circulation, ensuite on l'assujettira à l'extrémité de la canule; et, comme au bout de quelque temps la partie est moindre, ou n'a pu être très-bien serrée, on resserrera la ligature tous les jours, et en peu de temps la tumeur cèdera. Après que le polype est lié, on le sent plus tuméfié et plus dur; et, s'il est visible, on le trouve d'une couleur livide, et alors il exhale une odeur fétide : ce sont des signes favorables. Le régime sera doux et on évitera toute irritation pendant le traitement. On surveillera les intestins et la vessie, et, s'il y a quelque irritation sympathique de l'estomac, le soda water sera utile avec de petites doses de laudanum. Quand la tumeur est très-grosse, il peut être nécessaire, après qu'elle est détachée, de la retirer avec une érigne. Si le polype paraît hors du vagin, alors, après avoir appliqué une ligature autour de son pédoncule, on peut l'exciser d'une seule fois. — L'incision a été depuis peu préconisée par Osiander, Siebold, Dupuytren, et d'autres praticiens. On saisit la tumeur avec un forceps, on la tire en bas, et on divise son col. Sur deux cents cas, Dupuytren n'eut occasion que dans deux seulement d'employer le tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie ; l'opération a réussi dans ce pays. Les petits polypes mous ou ceux qui ont un col étroit, quelle que soit leur grosseur, ont été tordus avec succès, et Lisfranc donne la préférence à ce mode d'opération. — Les polypes du vagin ne demandent aucune considération particulière.

SECTION XXXIII. — *Polypes malins ou vivaces.*

Il y a d'autres tumeurs encore plus dangereuses (1), vu qu'elles se terminent par une ulcération incurable, et sont tellement unies à la matrice, que la subs-

(1) Le docteur Denham, vol. I, p. 94, cite une jeune dame qui avait long-temps souffert d'une hémorrhagie utérine. On trouva un polype qui venait de sortir de l'orifice de la matrice. On appliqua une ligature; mais comme la malade souffrait cruellement et vomissait, elle fut relâchée. Tout essai, pour renouveler la ligature, eut le même effet. Au bout de six semaines, la malade mourut; on trouva une inversion de l'utérus.

(2) M. Herbiniaux, tom. II, obs. 17, rapporte un cas où la ligature semblait agir sur une portion renversée de la matrice, en produisant de la douleur, de la fièvre et des convulsions; elle fut desserrée, mais ensuite, malgré un renouvellement de douleur atroce, elle fut, avec une persévérance à peine recommandable, employée de manière qu'à la fin le polype fut ôté. — Dessault trouva, après avoir appliqué une ligature autour d'un polype et excisé la tumeur le lendemain, qu'une partie du fond de l'utérus était attachée à la substance amputée; la malade guérit. — Baudelocque suppose que les cas rapportés comme des exemples d'amputation d'utérus renversé n'étaient simplement que des polypes accompagnés d'inversion. (Recueil périod., tom. IV, p. 115.) — M. Deguise mentionne un cas où un polype très-volumineux, qui avait dix-sept pouces de circonférence et pesait trois livres et demie, fut enlevé par la ligature; mais il y eut de la douleur, des spasmes, des nausées, du refroidissement aux extrémités, du hoquet et une difficulté de respirer, avec un pouls fréquent. (Nouv. journal, tom. II, p. 199.)

(1) Voyez Mém. de l'Acad. de chir., tom. III, p. 538. — Les observations de Herbiniaux, tom. I, obs. 39. — Baillie's Morbid anatomy, chap. XIX. — Vigarous, Malad. des femmes, tom. I, p. 425.

tance morbide ne peut être enlevée en entier. Elles adhèrent toujours par une large base (1) et ne peuvent être remuées librement ou circonscrites comme le polype bénin. Ces polypes sont quelquefois assez résistants, mais en général ils sont mous et fongueux ou peuvent ressembler à des chapelets de sang caillé. Quand on les dissèque, on les trouve très-spongieux, avec des cellules ou des cavités de différentes grandeurs; quelquefois ils sont laminés. Ces polypes, que Levret a appelés vivaces, sont toujours une conséquence d'un état morbide de la matrice; mais ils ne sont pas toujours, comme cet auteur le suppose, des végétations sortant d'une surface ulcérée. Cependant ils naissent très-souvent de cette source, étant généralement d'une nature spongieuse; quelquefois ils ont été pris pour une portion de placenta retenu dans la matrice, et des parties de fongosités fétides ont été arrachées dans l'intention d'extraire le placenta ou l'œuf supposé, ou bien on a enfoncé la main bien en avant dans la masse spongieuse.

La région de l'hypogastre est tuméfiée et douloureuse au toucher bien plus que la tumeur elle-même, qui, touchée par le vagin, est moins sensible que la matrice; quelquefois il y a peu de douleur dans cette maladie, excepté lorsque l'on presse sur l'utérus. La tumeur saigne souvent, laisse écouler une matière sanieuse et peut faire saillie dans le vagin; mais alors elle diffère du polype en ce qu'elle descend sur le vagin graduellement et non par expulsion de la matrice qui ne diminue ni ne se vide à mesure que le vagin se remplit. Le traitement doit être palliatif, car l'extirpation ne réussit pas, vu que la perte de substance est bientôt réparée. Les opiacés et la propreté sont très-utiles.

(1) Le docteur Denman, vol. I, p. 95, cite un cas d'un polype avec un large col que l'on supposait être un cancer de l'utérus. On appliqua une ligature, et, au bout de huit ou dix jours, il se détacha; mais quand le polype fut ôté, on trouva qu'une autre substance à peu près de la même grosseur était développée dans le vagin. La femme mourut après un mois. J'ai vu le polype ordinaire combiné avec un épaississement induré de la matrice et avec un état fongueux ou floconneux de la cavité. Dans un cas de ce genre, l'utérus et le rectum communiquaient librement par une ulcération. (Voy. aussi quelques cas dans les Trans. d'une société, etc., vol. III.)

SECTION XXXIV. — *Môles.*

Les môles (1) sont des substances charnues ou sanguines, renfermées dans la cavité utérine; elles acquièrent différents degrés de grosseur: elles sont variables dans leur densité et dans leur structure (2), elles peuvent se former chez les femmes qui n'ont point eu d'enfant (3) ou elles peuvent succéder à un accouchement naturel (4), ou suivre un avortement, ou survenir dans un état morbide de la matrice (5). C'est l'opinion du plus grand nombre, que ces corps ne se forment jamais chez les vierges, mais sont toujours produits par une conception manquée, et aucun cas, parmi ceux que j'ai rencontrés, ne contredit cette supposition; car il ne faut pas les confondre avec un simple coagulum que les jeunes filles rendent dans un trouble de la menstruation. Les symptômes produits par les môles sont d'abord très-semblables à ceux de la grossesse, tels que les nausées, le manque d'appétit, l'augmentation des seins, etc.; mais le ventre se développe beaucoup plus vite. Il est mou et plus variable dans sa grosseur que dans l'état de grossesse, étant quelquefois aussi gros dans le second mois de la grossesse supposée que dans le cinquième de la véritable. La pression souvent est douloureuse. Petit observe que la tumeur semble tomber quand la femme se tient debout, mais cela n'arrive pas toujours. Par le vagin il n'y a point

(1) Sandifort, Obs. path. anat., lib. II, p. 78.— Schmid, De concrement. uteri in Haller's Disp. med., tom. IV, p. 746.

(2) Quelquefois la masse paraît être putride et est expulsée avec une hémorrhagie abondante. (Voyez le cas du docteur Blackbourn. Lond. med. journ., vol. II, p. 121.) Quelquefois elle est recouverte d'une couche osseuse, comme dans le cas de Kankoph. dans Haller, Diss. med., IV, p. 715, où il est creusé en dedans et contient des vésicules.

(3) Lamotte, chap. VII. Ce chapitre contient plusieurs cas remarquables dont un fut mortel à cause d'une hémorrhagie.

(4) Hoffmann, Opera, tom. III, p. 182. — Stahl, Colleg. Casuale, cap. LXXVI, p. 797.

(5) Avec un squirrhe de l'utérus. Haller's Disp. med., IV, p. 751 et 753.

de ballottement à l'époque où il doit être perçu dans la grossesse. Il faut avouer que les symptômes sont d'abord très-ambigus dans le plus grand nombre des cas, et l'on ne peut pendant quelque temps en acquérir de certitude. En général la masse est expulsée au bout de trois mois, ou avant l'époque ordinaire du développement rapide dans la grossesse, quoiqu'il y ait des exemples où elle a été gardée plus d'un an. Une douleur et une hémorrhagie plus ou moins grandes accompagnent l'expulsion qui est très-semblable à l'avortement, et requiert le même traitement (1). Quelquefois on active avec avantage l'expulsion en pressant la substance doucement avec le doigt ; mais il faut prendre garde de la déchirer et d'en laisser une partie. Si la môle est gardée au-delà de l'époque moyenne de la grossesse, l'on trouve que le ventre n'augmente pas dans la même proportion qu'auparavant, et la matrice n'acquiert pas le volume qu'elle a dans une grossesse d'autant de mois; on n'aperçoit aussi aucun mouvement. Beaucoup de ces symptômes peuvent être produits par un polype, mais dans ce cas-là les seins sont flasques, et les signes ordinaires de la grossesse manquent. L'orifice utérin n'est pas absolument petit dans le cas d'un polype, tandis que dans celui d'une môle, s'il n'y a point eu de douleurs d'expulsion, il est généralement fermé. Quand une femme est sujette à une formation répétée de môle, je ne connais point d'autres moyens préventifs que ceux qui améliorent et fortifient la constitution en général, et par conséquent l'utérus. Ceci est d'une grande importance, vu que la faiblesse du système utérin prédispose à des maladies plus terribles et peut être suivie d'un squirrhe à la matrice ou au sein.

SECTION XXXV. — *Hydatides.*

Des hydatides peuvent aussi faire grossir la matrice, et elles se forment souvent à la suite d'une destruction de l'œuf dans la première période (2) ou de quelque reste de placenta après la délivrance ou après l'avortement. L'on n'a pas de dia-

(1) Puzos conseille la saignée. Traité, p. 211. — Vigarous recommande les émétiques et les purgatifs pour favoriser l'expulsion, tom. I, p. 115 ; — d'autres de frotter l'orifice utérin avec de l'extrait de belladone.

(2) Dans l'Histoire de l'Acad. des sciences pour l'année 1714, se trouve le cas d'une femme qui vint à tomber dans le troisième mois de sa grossesse ; le ventre cependant augmenta de volume jusqu'au cinquième, où il commença à diminuer. Au sixième mois, elle expulsa un sac aussi gros que le poing avec un placenta et un fœtus de la grosseur d'une fève de haricots. Dans ce cas, il n'y avait point d'hydatides, mais, dans l'histoire de l'année 1715, il y a un cas où une femme, en tombant au second mois de sa grossesse, fit que l'œuf se convertit en hydatides, qui furent expulsées au dixième mois. Comme les hydatides succèdent souvent à une grossesse naturelle, les symptômes peuvent d'abord être exactement semblables à ceux de la grossesse; même on peut sentir remuer, mais ensuite l'enfant peut mourir et les hydatides se former. — M. Watson, dans les Trans. phil., vol. XLI, p. 771, cite un cas où il y eut, longtemps avant l'expulsion des hydatides, toutes les nuits un écoulement de sang. Les douleurs arrivèrent à la fin, et un grand nombre d'hydatides furent expulsées. Dans ce cas-ci, les symptômes de la grossesse furent évidents, depuis le mois de novembre jusqu'en février; alors l'œuf fut détruit, le ventre cessa de grossir dans la proportion convenable, et les seins s'affaissèrent. — Le docteur Denman donne le dessin d'un œuf malade, et sir E. Home rapporte un cas où la malade mourut, après avoir été atteinte de diarrhée, de vomissements et de spasmes dans l'abdomen. A l'ouverture, on trouva la matrice remplie d'hydatides et son orifice un peu dilaté. (Trans. d'une société, etc., vol. II, p. 300.) Ces cas, je les ai vus accompagnés d'un écoulement considérable; mais comme la plus grande partie était aqueuse, la perte apparente était plus grande que la quantité réelle de sang perdu. — Dans un cas relaté par Valleriola, p. 91, la femme éprouva d'abord les symptômes ordinaires de la grossesse, mais, au huitième mois, elle expulsa des hydatides. — Pichat, dans Zod. med. Gall., an. 3, p. 73, cite un cas semblable, mais les hydatides furent expulsées au quatrième mois, sans aucune hémorrhagie. On trouve d'autres exemples d'hydatides dans Tulpius, lib. III, c. 32. — Schenckius, p. 685. — Mercatus, De mulier. affect., lib. III, c. 8. — Christ. a Veiga, Art. med., lib. III, § 10, c. 13, rapporte un exemple de soixante hydatides aussi grosses que des noix, qui furent expulsées. — Stalpart, Van der Wiel., tom. I, p. 301, cite une

gnostic certain quand elles se forment à la suite de caillots ou d'une partie de placenta restant dans la matrice. Les symptômes peuvent être ceux qui résultent d'un développement ou d'une irritation de la matrice, causée par exemple par un polype. Les remarques déjà faites dans la section précédente sont par conséquent applicables ici; mais, dans le plus grand nombre de cas, les hydatides se forment à la suite de la destruction de l'œuf, et par conséquent les symptômes sont exactement les mêmes que ceux de la grossesse. Ils cessent quand l'œuf est détruit. Le moment où cela arrive est marqué par l'affaissement des seins, le mal de cœur et les effets sympathiques d'un avortement; la conception reste et le ventre conserve à peu près la même grosseur, ou, s'il augmente, c'est avec lenteur. Il est généralement plus mou, et l'utérus est plus léger que dans la grossesse; naturellement il n'y a pas de ballottement. La menstruation n'a pas lieu, mais il peut y avoir occasionnellement une perte de sang plus ou moins abondante, et souvent il y a de temps en temps un écoulement aqueux très-incommode, au point que la personne a besoin de se garnir, et, malgré tout cela elle se trouve dans un état de malaise. La femme ne sent pas remuer; le volume du ventre et l'état de la matrice ne correspondent point à l'époque supposée de la grossesse. Dans quelque cas, la santé ne souffre pas, dans d'autres il y a de la fièvre et de l'irritation. Après un certain laps de temps, mais ordinairement plus long que dans le cas des môles, les douleurs surviennent, et la masse est expulsée, généralement par portions, à des intervalles plus ou moins longs, souvent avec une hémorrhagie considérable, quelquefois abondante; car les hydatides sont liées à l'utérus par les restes de la membrane caduque ou du placenta, qui reçoivent des vaisseaux. Ce travail d'expulsion peut quelquefois être aidé avec avantage par l'introduction de la main pour ôter les hydatides ou provoquer la contraction de la matrice; mais il faut le faire avec prudence et seulement quand une hémorrhagie ou quelque autre symptôme urgent se présente, que l'on doit traiter d'après les principes généraux.

Dans quelques cas la sécrétion du lait s'établit après l'expulsion des hydatides; dans d'autres une fièvre aiguë survient avec une douleur à l'hypogastre, elle requiert des laxatifs et des fomentations. Quand les hydatides se forment dans un œuf détruit, leur nombre varie beaucoup dans les différents cas. Dans les uns je n'ai vu qu'une petite partie qui contînt des vésicules; souvent ce n'est que la partie inférieure qui a été pour quelque temps détachée dans un commencement d'avortement; dans d'autres, presque la totalité est altérée, et la masse est de beaucoup augmentée. Elle tient, je pense, à l'utérus seulement par les portions qui n'ont pas été altérées, et par conséquent, en examinant la surface interne de l'utérus après que la masse est expulsée, on doit le trouver plus ou moins semblable à l'état de gestation, selon le plus ou moins grand changement que l'œuf a subi. La grosseur relative des vaisseaux dans les deux cas n'a pas été constatée vu le petit nombre

---

femme qui, dans le neuvième mois, après avoir souffert pendant trois jours, expulsa un grand nombre d'hydatides, et l'expulsion fut suivie de lochies. — Lossius, Obs. med., lib. IV, obs. 16, mentionne une veuve qui, pendant plusieurs années, eut le ventre gros; après sa mort, on trouva des hydatides dans l'utérus. — Voyez aussi les observations de Mauriceau, obs. 367. — Ruysch, Obs. anat. chir., p. 25. — Albinus, Annot. acad., lib. I, p. 69, et tab. III, fig. 1, décrit un avortement où ce changement commençait à s'opérer; les vésicules n'étaient pas plus grosses que des têtes d'épingle. — Wrisberg décrit un état plus avancé dans Nov. comment. Gotting., tom. IV, p. 73, et Sandifort, dans ses Obs. anat. path., lib. II, c. 3, tab. VI, fig. 5, rapporte un cas très-distinct. — Voy. aussi Haller, Opusc. path., obs. 48. — Vigarous, Malad., etc., tom. I, p. 383, propose le mercure pour tuer les hydatides. Il connaissait un cas où la femme rendait des hydatides chaque fois qu'elle allait à la garde-robe. — M. Miller cite un cas où la femme, entre le second et le troisième mois, eut des douleurs d'avortement, et ensuite, au cinquième ou au sixième mois, elle expulsa plus de trois pintes d'hydatides. — Voyez Med. and. phys. journal, vol. II, p. 447. Quand la masse est expulsée, on la trouve composée entièrement de petites vésicules, ou en partie de vésicules et en partie de débris plus solides de l'œuf ou de sang coagulé. Une masse, pesant plusieurs livres, peut être expulsée à la fois.

d'occasions que l'on a eues d'étudier cette maladie par les dissections. Quelquefois il y a seulement une hydatide volumineuse ou tout au plus quelques-unes dans la matrice, et les remarques précédentes s'appliquent en grande partie à ce cas-ci. A une époque avancée, l'on trouve le ventre tuméfié comme dans la grossesse ; mais les seins, quoique quelquefois tendus, sont souvent flasques et on ne peut découvrir aucun fœtus dans la matrice, et la femme ne perçoit aucun mouvement. Il peut y avoir de la douleur dans l'abdomen, et l'on peut à l'extérieur sentir une fluctuation obscure tandis qu'elle est plus sensible par le vagin. Le col de la matrice est petit et la maladie ressemble beaucoup à une hydropisie de la matrice, seulement la tumeur occupe la largeur de l'utérus. La durée de cette maladie est incertaine, mais le liquide est à la fin expulsé tout-à-coup et après quelques efforts. La poche sort ensuite et le travail est accompagné de peu de douleur (1); c'est ce qu'il y a de plus sûr pour la malade. Mais, si les symptômes sont graves, on peut faire évacuer le liquide par l'orifice de l'utérus. Cette maladie, je veux dire une seule hydatide, est plus souvent combinée avec la grossesse ou avec une môle que rencontrée seule. La première combinaison (2) n'est pas rare, et j'ai vu l'hydatide expulsée quelque semaines avant l'accouchement. Hildanus cite un exemple de la seconde combinaison où l'œuf fut converti en une môle intimement unie à l'utérus et compliquée d'une collection de liquide pesant cinq livres. Dans ce cas l'irritation fut assez grande pour épuiser les forces et produire une inflammation locale. Il peut arriver qu'un grand nombre de petites hydatides seront rendues, et cependant la grossesse parvient à terme. M. Thuillier rapporte un cas de ce genre où l'écoulement survint depuis le milieu de la grossesse jusqu'à la fin. A une époque il y eut quelques douleurs gravatives, mais point de dilatation de l'orifice utérin.

(1) Hildanus, je crois, rapporte l'histoire d'une femme que l'on supposait être enceinte, et qui la nuit, étant avec son mari, vit ses espérances s'évanouir par une inondation subite.

(2) Hildanus cite un cas de ce genre observé sur sa propre femme, *dulcissima et charissima conjux mea*. Les hydatides peuvent aussi se combiner avec la grossesse. Le même auteur nous parle d'une femme qui, au cinquième mois de sa grossesse, rendit une môle aqueuse ou une vésicule contenant dix livres d'eau; la femme n'avorta point, mais elle continua d'aller bien jusqu'à terme.

SECTION XXXVI. — *Écoulement aqueux et hydropisie.*

Une maladie différente de celle que je viens de décrire, c'est une augmentation de sécrétion de l'utérus lui-même ou plutôt des glandes du col, généralement accompagnée de symptômes d'irritation de la matrice, et, si la femme est menstruée, ses règles sont pâles et aqueuses. L'eau peut s'écouler continuellement goutte à goutte (1), ou bien, à cause de quelque obstruction le liquide peut être gardé pour un temps (2) et sortir par intervalle en abondance. Quand il est retenu en grande quantité il constitue ce qu'on a appelé hydropisie de la matrice, quoiqu'elle puisse être liée à une affection organique de l'utérus ou avec quelque corps enfermé dans sa cavité (3) : cependant

(1) Hoffman cite une femme qui avait un suintement continuel et rendait tous les jours une pinte. Il devint à la fin mortel. Opera, tom. III, p. 160.

(2) Kirkringius, p. 28, regarde l'hydropisie de la matrice comme impossible, et dit que tous les cas de collection de liquide dépendent d'une hydatide volumineuse. — Le docteur Denman semble être de la même opinion, mais l'on trouve des exemples où le liquide s'amasse ou bien il s'écoule successivement, probablement à cause de la disparition de l'obstacle momentané. — Fernelius rapporte un cas où la femme rendait toujours de l'eau avant la menstruation. Path., lib. VI, c. 15, et M. Geoffroy décrit un cas d'écoulement répété. — Voyez Fourcroy, La méd. éclairée, t. II, p. 287. — Turner rapporte un cas où la membrane externe de l'utérus était, dit-on, distendue par un liquide; les règles étaient supprimées, et les seins laissaient échapper une sécrétion d'un liquide blanchâtre. Phil. trans., No. 207. — Le docteur Thompson décrit un cas où l'utérus contenait huit pots d'un liquide noirâtre. Med. chir. trans., XIII, p. 170.

(3) Vesale, tom. I, p. 458, dit avoir trouvé une matrice contenant 180 pintes de liquide, et ses parois étaient en beau-

je l'ai remarquée lorsqu'il n'y avait point d'hydatides d'expulsées, lorsque la matrice était saine, et que la guérison était enfin obtenue. Il faut toujours examiner avec soin les parties, car l'hydropisie peut provenir d'hydatides, ou d'une maladie organique, ou d'excroissances autour de l'orifice utérin. Si l'on ne peut rien découvrir, il faut dans le cas d'écoulement goutte à goutte procéder, d'après le principe général, par améliorer la santé et par injecter de doux astringents. Je n'ai pas besoin de prévenir le praticien de ne pas confondre un écoulement d'urine provenant d'une lésion de la vessie avec cette maladie. Chez les femmes délicates il y a quelquefois un suintement d'urine pâle et inodore, tous les jours, à un haut degré, excepté à l'époque des règles ou à leur approche; il est difficile pour la malade de dire s'il vient de la matrice ou de la vessie, mais la question est résolue en tenant la malade quelque temps au lit avec une sonde dans la vessie. Cette incommodité disparaît en améliorant la santé générale. Les toniques, les bains de mer, s'ils conviennent, l'usage du copahu ou de la teinture de cantharides, sont d'une grande utilité; dans le cas de rétention du liquide ou d'hydropisie de la matrice, on peut l'évacuer en introduisant une canule par l'orifice utérin.

SECTION XXXVII. — *Vers.*

On a trouvé des vers (1) dans la matrice qui produisaient une grande irritation, et dans ce cas il y a ordinairement une écoulement fétide. L'on ne peut connaître cette maladie qu'en voyant sortir les vers; on la guérit en injectant des infusions fortes et amères, ou une solution de chlorure de chaux.

SECTION XXXVIII. — *Tympanite.*

Quelquefois (2) des gaz sont produits par les vaisseaux de l'utérus et sortent involontairement, mais pas toujours librement; en introduisant un petit tube en gomme élastique dans l'utérus et en l'y maintenant quelque temps le gaz sort aussitôt qu'il est produit, et les conditions qui le faisaient naître disparaissent à la fin. Des gaz peuvent aussi être gardés dans la matrice au point de la distendre et de tuméfier l'hypogastre. Cette tympanite peut commencer sans cause évidente, mais le plus souvent elle succède aux symptômes de la métrite produite en partie par l'exposition au froid. La première affection doit être combattue par des saignées et l'application de cataplasmes chauds ou de vésicatoires, après quoi l'on peut employer la sonde pendant quelque temps si elle est nécessaire. La tympanite peut aussi dépendre de la putréfaction de quelque corps qui est resté dans la matrice; dans ce cas la pratique devra évidemment consister à le faire sortir par des lavages avec une seringue.

SECTION XXXIX. — *Prolapsus de l'utérus.*

Le prolapsus ou la descente de l'utérus survient dans de différents degrés (1) : le premier degré, où la première période, a été appelée relâchement; à un degré plus grand, c'est un prolapsus; et quand il y a saillie aux parties externes, c'est une chute. Il est nécessaire de soigner de bonne heure cette maladie, vu que négligée elle rend la santé mauvaise, et produit une sorte de sensations désagréables. Les symptômes d'abord, si le prolapsus ne succède point à un accouchement, sont ambigus, car quelques-uns peuvent reconnaître d'autres causes que celles que nous avons déjà énoncées comme une affection des nerfs qui alimentent l'utérus, et, dans ce cas, une partie du dos est généralement douloureuse quand on la presse (2). Il y a de la dou-

---

coup de places squirrheuses. Je crains qu'il n'ait pris l'ovaire pour la matrice.

(1) Vigarous, Mal., tom. I, p. 412. — M. Cockson cite un cas où des petits vers furent rendus avant les règles; la femme fut guérie par une injection d'huile et une infusion de fleurs de camomille. Med. comment., vol. III, p. 86.

(2) Voyez les maladies des femmes de Vigarous, tom. I, p. 401. Revue médicale, tom. IV, p. 484-485. Lond. med. and. phys. journal, vol. LXVI, p. 391.

(1) Voyez un mémoire de Sabatier, dans le troisième volume des Mémoires de l'Académie de chirurgie.

(2) La sensibilité est même quelquefois au coccyx : en explorant par le vagin, aucune partie de l'utérus n'est sensible; mais, en pressant sur le coccyx et sur ses côtés, après avoir introduit le doigt jusqu'à la seconde articulation, la malade se plaint d'une douleur qui s'étend en avant jusqu'au pubis, où il y a souvent

leur, principalement à l'épine, aux aines et aux environs du pubis, augmentée par la marche et accompagnée d'un sentiment de pesanteur ; il y a une leucorrhée, et quelquefois les règles sont plus abondantes. A une période plus avancée, il y a de la strangurie et une suppression d'urine, si la femme ne se couche pas ou ne refoule pas en haut la tumeur ; et elle sent une tumeur qui remplit l'orifice du vagin avec une sensation, comme si ses intestins allaient tomber, ce qui l'oblige aussitôt à s'asseoir ou à croiser les jambes, comme pour empêcher la procidence: cet état est accompagné d'un sentiment de faiblesse. Il peut y avoir aussi pendant le cours de la maladie, mais surtout après qu'elle a duré quelque temps, plusieurs autres symptômes qui proviennent d'un dérangement de l'estomac et des intestins, accompagnés de ceux que l'on appelle nerveux : pour cela, le praticien inattentif peut s'obstiner à considérer le cas comme une inflammation de la matrice, jusqu'à ce que la maigreur et une grande débilité aient épuisé la malade; mais si elle vient d'accoucher il y a moins de chances que le médecin sera induit en erreur. Elle sent une pesanteur et un malaise au pubis et dans la région hypogastrique, avec une irritation vers l'urètre et la vessie ou près de la vulve ; une douleur sourde et pesante se fait sentir aux aines, et, quand la malade est debout ou marche, elle dit ressentir exactement la même chose que lorsqu'elle portait son enfant, ou comme s'il y avait quelque chose de trop plein et de pesant. Les douleurs se font sentir aux cuisses, et le dos est généralement chaud ou douloureux. Ces symptômes disparaissent en grande partie quand elle est couchée, quoique dans quelques cas ils sont si gênants qu'ils troublent le repos. Dans quelques exemples il n'y a point de douleur dans le dos, mais, chaque fois que la malade se tient debout, elle se plaint d'une sensation de pesanteur, et quelquefois de pression vers l'urètre ou vers l'orifice du vagin.

L'examen fait connaître que l'utérus est plus bas (1) que d'ordinaire, et que le vagin d'un côté ou d'autre est toujours relâché et quelquefois renversé. Cependant il diffère de la simple inversion en ce qu'il est souvent beaucoup plus relâché à la partie antérieure, descendant avec on avant l'utérus. Après la partie antérieure, ce sont les parois qui sont ensuite souvent les plus relâchées, mais pas toujours ; la partie postérieure est la moins relâchée, à cause du rapport du rectum avec l'aponévrose du bassin ; cet intestin est jusqu'à une certaine étendue tiré en bas avec l'utérus. Quelquefois, lorsque le doigt presse sur la partie antérieure du vagin près l'utérus, l'on sent comme s'il y avait une déchirure de l'aponévrose ou une bride au-dessus. Ensuite l'orifice utérin descend assez bas pour faire saillie hors du vagin. Dans le plus grand degré ou dans la procidence, l'utérus est poussé entièrement au dehors, renversant complétement le vagin et formant une large tumeur entre les cuisses. Les intestins descendent (2) plus bas dans le bassin et même forment une partie de la tumeur, étant logés dans le vagin qui est renversé, et lui donnant une consistance élastique. Dans quelques cas, cette position anormale des intestins donne naissance à une inflammation, qui fait que les intestins deviennent unis ensemble par des brides de fausse membrane, et des adhérences peuvent aussi se former avec la vessie. Il y a une rétroversion partielle de l'utérus, car le fond fait une saillie immédiate sous le périnée, et l'orifice utérin est dirigé à la

---

une sensibilité ou une douleur déterminée chaque fois qu'il y a émission d'urine, quoique les selles n'en causent aucune. Les intestins sont tympanisés et les reins sont faibles. On introduira tous les soirs dans le rectum, pendant quelque temps, un suppositoire contenant cinq grains d'extrait de ciguë sur un d'opium; et, s'il n'apporte point de soulagement, on appliquera un vésicatoire sur la peau derrière la courbure du sacrum.

(1) Chez l'adulte, la distance ordinaire de l'orifice utérin, à partir du bord inférieur de l'orifice du vagin, est environ de deux pouces et demi, quelquefois de trois; depuis l'orifice de l'urètre jusqu'à celui de l'utérus, il y a environ deux pouces.

(2) Quelquefois la position des viscères abdominaux est bouleversée. Dans le cas de M. White, on trouva le foie qui descendait à la partie inférieure du ventre, et le diaphragme était allongé au point de permettre à l'estomac d'atteindre la région ombilicale. Voyez Med. obs. and. inq., vol. III, p. 1. — Dans un cas compliqué, rapporté par Schlincker, le pylore descendait jusqu'en bas du pubis. Haller, Disp. med., IV, p. 419.

partie antérieure de la tumeur. L'orifice de l'urètre est quelquefois caché par la tumeur, et la direction du canal est peut-être changée; et la vessie, si elle n'est pas squirrheuse ou distendue par un calcul d'une large dimension (1), peut être entraînée dans les parties qui font saillie; de sorte que, pour y faire entrer une sonde, il faut la diriger en bas et en arrière; il est au reste possible que l'utérus fasse saillie sans occasionner un grand déplacement dans la position de la vessie ou dans la direction de l'urètre : tout le monde peut vérifier cette remarque en faisant des expériences sur le cadavre. Dans quelques cas, au lieu d'une rétroversion partielle, il y a un léger degré d'anté-version; c'est ce qui arrive lorsqu'il y a quelque chose qui pèse sur la partie antérieure du fond, ou dans certaines conditions des ovaires ou des organes voisins. Cet état est accompagné de plus de douleur dans le dos et d'un sentiment plus grand de pesanteur, en proportion du degré de la descente, que dans toute autre espèce de simple prolapsus. Le doigt introduit dans le rectum sent l'orifice utérin appliqué sur l'extrémité de cet intestin.

La procidence est accompagnée des symptômes ordinaires du prolapsus de la matrice et aussi de la difficulté d'uriner, de ténesme et de douleur dans la tumeur; si elle a été long-temps ou souvent exposée à l'air, la peau du vagin devient rude comme les autres téguments, et elle cesse très-promptement de sécréter. L'orifice et le col de la matrice s'allongent aussi dans ces cas. Quelquefois la tumeur s'enflamme, s'indure, et puis survient l'ulcération ou la gangrène. Cette procidence peut arriver à la suite de la première période qui a été négligée, et l'utérus est expulsé avec des douleurs gravatives, ou bien il peut descendre tout à la fois à la suite d'efforts ou de relevailles trop précipitées. Elle peut aussi survenir pendant la grossesse, comme je le dirai tout-à-l'heure, et même pendant l'accouchement. Quelquefois elle se complique de calculs dans la vessie (1), ou d'un polype dans la matrice (2). — Les expériences faites sur le cadavre démontrent que la descente de la matrice est principalement empêchée par l'aponévrose, qui passe de la cavité du bassin à la partie supérieure du vagin. A un degré plus grand, elle est aussi arrêtée par l'aponévrose triangulaire, qui s'étend jusqu'à l'orifice du vagin, et aussi par celle du périnée et par le releveur de l'anus, le transversaire profond du périnée; car tous ces organes tendent à soutenir le canal. Si nous arrachons l'utérus avec un crochet, nous observons l'effet des différents degrés : d'abord, l'on trouve l'aponévrose qui se réfléchit sur le vagin tendue comme une corde de chaque côté, dirigée en bas et en avant, à partir de l'échancrure qui donne passage au nerf sciatique; les ligaments ronds sont quelquefois, mais pas toujours, tiraillés. Les uretères sont un peu distendus; il n'y a aucun effet produit sur la vessie, mais là le péritoine est un peu ridé. Le rectum est plus ou moins tiraillé, et, s'il est attaché fortement en haut, il s'oppose à la descente; les replis latéraux de l'aponévrose et du péritoine, depuis le sommet du vagin jusqu'au rectum, sont tendus, quand bien même le rectum ne serait point maintenu en haut; c'est ce qui fait que la partie antérieure de l'intestin s'avance dans le prolapsus. Si l'on dissèque le périnée, l'on trouve

(1) Ce point a été bien développé par Verdier dans son Traité sur la hernie de la vessie, dans le premier volume des Mém. de l'Acad. de chir. Voir aussi un mémoire de M. Tennon, dans les Mém. de l'Institut, tom. VI, p. 614. — M. Paget rapporte un cas très-intéressant d'un prolapsus de l'utérus, dans lequel il y avait rétroversion de la vessie qui était placée au-dessus de la matrice; elle ne pouvait descendre en avant ni en même temps que l'utérus, étant remplie par un calcul qui pesait vingt-sept onces, et par d'autres plus petits. Quelques portions de la vessie avaient un pouce d'épaisseur; on ne pouvait introduire de sonde. Med. and phys. journ., vol. VI, p. 391.

(1) Ruysch, sentant quelques corps durs dans la tumeur formée par la saillie des parties, ôta quarante-deux calculs de la vessie. M. Tolet en retira cinquante, et ensuite guérit la femme avec un pessaire. Duverney rencontra un calcul volumineux dans la vessie avec procidence de la matrice, et M. White rapporte un fait semblable. Med. obs. inquir., vol. III, p. 1. Voyez aussi le Traité de la taille par Deschamp, tom. IV, p. 158.

(2) Voyez le cas d'une petite fille âgée de vingt-un ans, rapporté par M. Fynney; l'excroissance polypeuse fut extirpée de l'orifice utérin, et puis on employa un pessaire. Med. comment., vol. IV, p. 228.

que l'aponévrose triangulaire fait une petite saillie, ainsi que le relèveur de l'anus que l'on sait être intimement lié au vagin; ce canal est à son sommet renversé à un plus ou moins grand degré, suivant celui du prolapsus. Ces parties donc, qui sont ainsi distendues sur le cadavre, doivent sur le vivant être relâchées et allongées; ce à quoi j'attribue la production du prolapsus. Il y a à peine une augmentation sensible dans la quantité des intestins contenus dans le bassin; mais, à cause du relâchement de l'aponévrose, leur pression se fait plus sentir; et quoique le rectum descende peu, cependant cette faible portion suffit, par l'influence directe sur son extrémité et aussi par l'effet sympathique qu'elle produit sur la sensation des autres intestins, pour occasionner un sentiment de pesanteur. Il est aussi facile de voir comment les nerfs sacro sciatiques peuvent dans certains cas être lésés, à cause de la tension de l'aponévrose qui est liée avec eux. Dans les degrés de prolapsus qui approchent de la procidence, les ligaments ronds sont distendus, mais leur division n'ajoute pas beaucoup à la descente de la matrice; même le péritoine, que nous croirions à priori être trop lâche pour apporter un grand soutien, contribue à retenir la matrice, car la portion pelvienne et celle qui s'étend sur le sommet du sacrum et de la vertèbre lombaire sont tendues, quand l'utérus est poussé en bas. Le releveur de l'anus et l'aponévrose du détroit inférieur sont beaucoup plus affectés que dans les degrés plus légers et plus ordinaires; mais encore les parties qui présentent le plus d'obstacles à la descente de la matrice, ce sont l'aponévrose, qui se trouve au haut du vagin, et les autres attaches de ce canal. Quelques-uns, par théorie, ont nié l'existence d'un prolapsus (1); d'autres se sont disputés pour savoir si les ligaments étaient déchirés ou relâchés : il n'y a pas de doute que, lorsque le prolapsus arrive tout de suite après l'accouchement, cela ne soit dû au poids de la matrice et au relâchement des ligaments, de l'aponévrose et des parties liées avec le vagin. Pour ces raisons, les femmes qui se lèvent ou qui marchent trop tôt peuvent s'exposer à un prolapsus, surtout celles qui sont faibles et phthisiques. La déchirure du périnée ne le produit pas toujours, car les attaches de l'utérus supérieurement peuvent rester fermes ou n'être pas allongées. Dans l'état de non gestation, le prolapsus peut être produit par la danse pendant les règles, par le chant, par tout exercice long-temps prolongé, quand il y a prédisposition, à cause du relâchement des parties qui est produit par de fréquentes grossesses, par la faiblesse ou par le tiraillement du releveur de l'anus et de l'aponévrose. La déchirure de l'aponévrose peut le favoriser. On considère les flueurs blanches comme une cause, mais c'est plus souvent un effet. Quelquefois le prolapsus survient après une chute; aucun âge n'en est exempt (1).

Quand les symptômes qui indiquent le prolapsus se présentent, il faut examiner la matrice un moment après que la malade s'est tenue debout, ou pendant qu'elle est debout. Les symptômes quelquefois détournent l'attention plutôt vers la vessie ou le pubis que du côté de la matrice; mais un médecin expérimenté se fera un devoir de s'assurer de la position réelle de cet organe. Si l'on trouve le moindre degré de descente de l'utérus, il faut de suite employer les moyens propres à remédier au relâchement du vagin; car rien ne peut agir directement sur l'aponévrose. Ces moyens consistent en de fréquentes injections d'une solution de sulfate d'alumine, faite soit dans l'eau, soit dans une décoction d'écorce de chêne (2); en des ablutions répétées

(1) Kirkringius dit : « Nemo vidit, nemo sensit, decepti omnes imagine falsâ, alios decipiunt, laxitas quædam colli, quæ extrà pudendum proeminet, hæc nobis fecit ludibrio. » Opera, p. 48. Voyez aussi Job A Meckren, Observ. chir., c. 5 l. Barbette, Chirurg., c. 8. Roonhuysen, Obs. chir., part. 1, obs. 2.

(1) Le docteur Monro rapporte une procidence de l'utérus chez une fille très-jeune; elle fut précédée d'un écoulement sanguinolent. Works, p. 555. Un autre cas est rapporté par Saviard, obs. 15, dans lequel le prolapsus de la matrice fut pris pour le membre viril; et comme le soldat de Goldsmith, qui croyait qu'on ne lui accorderait point d'être né dans une paroisse : ainsi, cette fille courait le danger d'être déclarée comme n'ayant aucun sexe.

(2) Osiander conseille d'introduire dans le vagin un petit sac de linge fin rempli de poudre d'écorce de chêne, en même temps que la malade sera confinée au lit pendant

avec de l'eau froide, et en l'emploi journalier du bain froid. Ce n'est qu'en crispant le vagin, car, à moins qu'ils ne produisent cet effet, ils ne font rien, que ces médicaments le rendent moins lâche et plus capable de maintenir sa position; et si cela peut s'effectuer, l'aponévrose et le releveur de l'anus recouvreront leur tonicité. Les toniques ne sont utiles qu'autant qu'ils améliorent la santé générale; mais les laxatifs sont évidemment indiqués pour tenir le ventre libre et empêcher l'accumulation des matières fécales. Tout exercice doit être proscrit (1), et la malade gardera le décubitus : il est évident que cette position doit, dans les premiers temps, être un moyen très-efficace, vu qu'elle donne aux parties le temps et la facilité de reprendre leur ton ou leur élasticité. Si ces moyens manquent, ou si la maladie existe à un degré considérable, alors, au lieu de persister à les employer, il faut avoir recours à l'usage des moyens mécaniques. Un des plus utiles et que j'ai long-temps recommandé, c'est un bandage à ressort semblable à celui que l'on emploie pour la chute de l'anus, mais avec une pelote plus large, qui appuierait sur le périnée, et peut-être aussi un peu au-delà, sur l'orifice du vagin (2). Ce bandage en général est plus utile et moins gênant qu'un pessaire; mais, dans les cas graves, il faut lui associe, ce dernier. Ce bandage, ou celui en T, doit être aussi employé avec un large pessaire globuleux, lorsque le périnée est grandement déchiré; mais, dans ce cas-là, il peut être plus convenable d'assayer d'abord de raviver les bords de la déchirure et d'y appliquer quelques points de suture; ou bien, en employant le caustique, de chercher à procurer un plus grand rapprochement des parties par les granulations : si cela ne réussit pas, l'on n'est pas moins avancé qu'avant l'essai.

Les pessaires ont été introduits dans le vagin pour donner à l'utérus un point d'appui, et par là le soutenir. Cet effet ne peut être obtenu que lorsqu'ils sont assez larges pour se maintenir dans le canal et supporter l'utérus comme une plate-forme, ou lorsqu'ils sont assez longs pour s'appuyer d'un côté sur le périnée, et de l'autre, pour soutenir la matrice : la première espèce est rarement, pour ne pas dire jamais, employée de nos jours; la seconde peut seule servir lorsque le périnée est fort et ne cède pas à leur pression, ou lorsque le relâchement est principalement ou uniquement à la partie supérieure du vagin. Le bandage à ressort, d'un autre côté, agit principalement sur le périnée et sur l'orifice du vagin en les empêchant de céder, et par là, non-seulement il ôte le sentiment de pesanteur, mais aussi il contribue à rétablir les parties relâchées ou allongées dans leur état naturel. Le docteur Hamilton, dans son dernier ouvrage, crie beaucoup contre l'usage des pessaires; mais je pense qu'il pousse trop loin son objection et qu'il compte trop sur le bandage en T, que l'on ne maintient solide et efficace qu'avec beaucoup de difficulté. Il y a sans doute bien des cas où le bandage à ressort suffit seul; mais, quand cela n'arrive pas, on peut avec avantage lui associer le pessaire globuleux, vu que par là on agit à la fois sur le périnée et sur la matrice, et, qu'en pressant sur la paroi postérieure du vagin, on cherche à empêcher la partie postérieure du rectum d'être attirée en avant, à cause de ses rapports avec le vagin. Les pessaires occasionnent généralement un écoulement muqueux dans le vagin, et pour cette raison, aussi bien qu'à cause de la répugnance de la plupart des malades, on les emploie rarement au début de la maladie, à moins que les autres moyens n'aient manqué.

Les pessaires sont faits de bois, d'argent doré, d'acier ou de crin recouvert de gomme élastique, etc. Ils ont différentes formes : les uns sont ovalaires, les autres plats et circulaires; d'autres sont fusiformes, ou en huit de chiffres; d'autres sont globuleux. De toutes ces formes, le pessaire globuleux est le meilleur, et, quoiqu'il ne doive point être assez large pour exercer une pression douloureuse sur le rectum ou l'urètre, cependant il faut qu'il soit assez gros pour qu'il n'en-

---

trois semaines. L'emploi à haute dose de la teinture de kino à l'intérieur a été conseillé; mais elle n'a aucun effet sur le vagin ou ses parties voisines.

(1) Le docteur Hamilton objecte que la santé en souffre; mais l'avis n'est pas incompatible avec les exercices qui peuvent être utiles.

(2) Il est utile d'y joindre une plaque assez large, mais mince, bien garnie de linges et adaptée avec soin à la forme de la partie inférieure du dos et de la partie supérieure du bassin. On l'attache à une forte bande qui fait le tour du bassin et du corps.

tre pas facilement dans le vagin, c'est-à-dire qu'il faut qu'il soit assez volumineux pour qu'il ne tombe pas à travers l'orifice du vagin, lorsque la femme se remue ou marche. Il est retenu par le sphincter du vagin et est appuyé sur le périnée; et quand il est bien adapté, il procure souvent un soulagement immédiat. Afin de le retirer aisément, et aussi pour le fixer à une ceinture, afin qu'il ne puisse pas glisser à un moment inopportun, on y attache un cordon. Quel que soit le pessaire que l'on emploie, il faut souvent le retirer et le nettoyer (1). En diminuant graduellement le volume du pessaire, et en employant des astringents, on peut à la fin s'en dispenser. Dans tous les degrés de prolapsus, un fort et large bandage, appliqué autour de l'abdomen, diminue souvent les sensations pénibles que les malades éprouvent dans les intestins, dans le dos et au pubis, ce que l'on peut comprendre, d'après ce que j'ai dit sur la cause de quelques-unes de ces sensations. Il n'est pas nécessaire d'observer que les symptômes et le traitement du prolapsus peuvent être modifiés par les circonstances qui le précèdent, mais avec lesquelles il n'est pas lié essentiellement : par exemple, un état douloureux et enflammé de l'utérus et de ses annexes peut se présenter après l'accouchement, et pendant la convalescence, la malade peut se lever ou s'asseoir trop tôt, faire des efforts pour allaiter son enfant, et ainsi amener un degré de prolapsus. Dans ce cas, il est évident que les symptômes peuvent être plus aigus ou plus douloureux, et ils ne sont enlevés par des moyens mécaniques qu'après que, par le repos, les laxatifs et les fomentations, on a calmé la sensibilité des parties contenues dans le bassin. L'utérus peut aussi, indépendamment de la grossesse, devenir douloureux en même temps qu'il existe un prolapsus; de sorte que, lorsque la malade s'asseoit précipitamment, une douleur se fait sentir à travers le bassin jusqu'au dos, et le coït produit le même effet. La position couchée et l'application de petits vésicatoires à la partie inférieure du dos, et peut-être de sangsues à l'orifice utérin, sont généralement utiles. Si la procidence est considérable, et qu'elle ait été d'une longue durée, la rentrée de l'utérus peut produire des désordres sur les viscères de l'abdomen, et causer de la douleur et des nausées. Dans ce cas, il faut prescrire le repos absolu dans une position horizontale ; on fera des fomentations sur le ventre et l'on administrera des anodins. Quelquefois il est nécessaire de faire une petite saignée, et il faut toujours faire attention à l'état de la vessie, pour prévenir une accumulation d'urines. Quand les symptômes sont calmés, il faut introduire un pessaire (1), et la femme peut se lever un peu pour voir s'il va bien; mais, comme dans les autres cas, elle doit garder pendant quelque temps la position horizontale, et éviter, pendant un temps plus long, tout exercice violent, si les intestins, déplacés, se sont enflammés pendant la durée de la procidence ; des conséquences graves peuvent résulter de la réduction, à cause des adhérences qui se sont formées (2). Si les tentatives de réduction étaient ac-

(1) Morand rapporte l'observation d'une femme qui avait un écoulement fétide par le vagin, accompagné de douleur. L'examen fit découvrir des excroissances fongueuses dans le vagin, et au milieu se trouvait un corps dur qui, lorsqu'il fut extrait, se trouva être une partie d'un pessaire d'argent. Le vagin s'était contracté sur lui et s'opposait ainsi, quoique d'une manière désagréable, au retour du prolapsus. Les pessaires peuvent aussi pénétrer dans le rectum par ulcération; et M. Blair cite une femme dans l'hôpital du Lock qui avait introduit une pièce quadrangulaire dans le vagin pour servir de pessaire. Elle passa jusque dans le rectum par ulcération, en y produisant une grande irritation. Med. and. phys. Journal, vol. x, p. 491. Il est aussi nécessaire de faire attention à ce que le pessaire soit percé d'une ouverture, et que le col de l'utérus n'y pénètre ni ne s'y étrangle.

(1) Dieffenbach, qui n'est pas partisan des pessaires, conseille d'enlever une portion du vagin de chaque côté, et de réunir les bords par des points de suture. L'orifice du vagin peut aussi être rétréci par le cautère actuel; mais ces moyens n'agissent pas sur le siége du mal; ils empêchent seulement la saillie en dehors. Chez les femmes dont les règles sont passées, on a cherché à oblitérer le vagin : cette opération, appelée *épisiéraphie*, a été faite trop tôt, et il a fallu la défaire pour donner passage à un enfant.

(2) Le docteur Denman conseille avec raison de ne pas introduire le pessaire immédiatement après que l'utérus est réduit. Lond. med. journ., vol. VII, p. 56.

compagnées de beaucoup de difficulté et de douleur, il ne faudrait point persister à réduire.

Si la tumeur, pour avoir été trop irritée ou trop long-temps exposée à l'air, est volumineuse, dure et enflammée, et peut-être ulcérée, il ne faut pas la réduire avant d'avoir calmé le gonflement et l'inflammation par une position horizontale, par des fomentations, des applications saturnines, des laxatifs, et peut-être même par la saignée (1). Après quelques jours, on peut tenter la réduction; on s'applaudira de vider préalablement la vessie. La réduction, en général, produit pendant quelque temps un malaise dans le ventre, qui quelquefois augmente, et est accompagné de constipation, ce qui force à laisser la matrice redescendre de nouveau. Si l'on ne peut réduire l'utérus, et qu'il soit bien malade, on a proposé d'extirper la tumeur. Cette opération a été faite, il est vrai, avec succès (2); mais elle est extrêmement dangereuse, car la vessie peut être comprise (1) dans la ligature que l'on place autour de la partie malade, et, comme les intestins descendent au-dessus de la matrice, dans la poche formée par l'inversion du vagin, ils peuvent être aussi coupés (2) ou étranglés. Comme palliatif, Richter conseille l'emploi d'un suspensoir. Le prolapsus de la matrice n'empêche pas la femme de devenir enceinte (3), et il est avantageux qu'elle le devienne, car ainsi, du moins pendant un temps, on guérit le prolapsus, mais il faut prendre garde que l'accouchement prématuré (4) ne soit provoqué, car l'utérus peut ne pas remonter convenablement, ou peut descendre de nouveau, si l'on fait quelque effort.

Quelquefois, surtout après une chute (5), quand il y a un large bassin, l'utérus peut descendre pendant la grossesse, quoique la femme n'ait point été préalablement exposée à cette infirmité. Notre premier soin doit être dirigé vers la vessie (6), dans la crainte d'une rétention

---

(1) M. Hoin réussit à réduire une procidence de la matrice très-large, dure et même ulcérée, par des fomentations, le repos et la diète. Mém. de l'acad. de chir., t. III, p. 365.

(2) Voyez Rossuet, Plater et Platner, inst. chir., section 1447. — Wedelius, De procid. uteri, c. 4. — Volkamer in Miscell. cur., an. 2, obs. 226. On peut voir un autre cas dans le Journ. de méd., t. LXVIII, p. 195. — Paré, Œuvres, p. 970. — Carpus l'extirpa avec succès. Voyez Langii, Epist. med., lib. II, epist. 39. — Stevogtius rapporte un cas distinct où l'on trouva la matrice dans le vagin comme dans une bourse. Diss. 12. — Benevenius dit avoir vu une femme dont l'utérus fut détruit par la gangrène. — De Mirand. Morb. causis, cap. 12. — Le docteur Elmer suppose qu'il a rencontré un pareil cas. Med. phys. journ., vol. XVIII, p. 344. — Laumonier rapporte un cas particulier: la malade était depuis long-temps sujette à un prolapsus de la matrice; mais à la fin l'utérus avec le vagin furent expulsés si violemment, qu'elle crut que tous ses intestins étaient sortis. A la partie supérieure de la tumeur, il y avait une forte pulsation; elle fut extirpée principalement par la ligature. La femme mourut quelques jours après, et l'on trouva que la matrice manquait. La méd. éclairée, par Fourcroy, tom. IV, p. 55. — M. Bandelocque toutefois prétend que l'utérus n'était extirpé qu'en partie. Voy. Recueil périod., t. V, p. 332. Voyez aussi les cas de Marschall, de Foderé, de Langenbeck et de Récamier.

(1) Ceci arriva dans le cas de Ruysch, obs. anat. VII. — Delpech, dans un cas d'extirpation heureuse, sépara la vessie du vagin; dans cette circonstance, la matrice et le vagin étaient tous les deux indurés et ulcérés.

(2) Ceci arriva dans un cas rapporté par Henri ab Heers, obs. med., p. 192.

(3) Hervey rapporte un cas où la tumeur était aussi grosse que la tête d'un homme; elle était ulcérée et laissait écouler de la sanie. On proposa d'extirper la matrice qui pendait; mais la nuit suivante un fœtus fut expulsé: *epithama longitudine*, p. 558. Voyez aussi un cas de M. Antrobus, dans le Muséum méd., vol. I, p. 88.

(4) Voyez le cas de M. Hill dans les Comment. méd., vol. IV, p. 88.

(5) Le docteur Burton avait une malade qui tomba le quatrième mois de sa grossesse, et fut ensuite atteinte d'une rétention d'urine. On trouva l'orifice de l'utérus presque à l'entrée du vagin. Il retira presque trois pots d'urine, releva la matrice et introduisit un pessaire. System., p. 166.

(6) M. Dray cite un cas où, au quatrième mois de la grossesse, la femme fut saisie de douleurs comme celles de l'avortement, accompagnées d'une rétention d'urine. L'orifice de l'utérus était presque à l'entrée du vagin. Cette maladie ayant été

mortelle d'urine. Notre second objet est de replacer l'utérus et de recommander le repos dans une position horizontale. Lorsqu'il n'y a point de saillie au dehors, mais une simple descente, le repos seul est nécessaire, et dans aucun cas je ne conseillerai de pessaire. Si la matrice ne peut être réduite (1), ce qui est très-rare, il faut la supporter par un bandage (2) jusqu'à ce que par l'accouchement elle soit rentrée dans l'état de vacuité; alors il faut la réduire. Je ne connais point d'exemple où l'utérus dans l'état de grossesse ait fait saillie à l'extérieur; mais j'ai trouvé l'utérus descendu assez bas pour que son orifice fût de niveau avec celui du vagin, ou un peu au-delà. Le col, même au commencement du neuvième mois, était dans ces cas-là conique et moins développé qu'à l'ordinaire, tandis que les lèvres étaient épaisses et protubérantes. Le doigt pouvait pénétrer au-delà des lèvres, le long du col, et, excepté un sentiment de pesanteur, il n'y avait point de gêne, ni aucune difficulté d'uriner (3). Je parlerai dans la suite du traitement du prolapsus pendant le travail.

Si le prolapsus menace, ou est survenu après l'accouchement, parce que la femme s'est levée trop tôt, par exemple, il faut lui prescrire une position horizontale jusqu'à ce que la matrice ait repris son volume et son poids ordinaires, et cette rentrée doit être aidée par de doux laxatifs, et surtout par l'usage quotidien du sulfate de potasse associé avec du soufre, à la dose de deux jusqu'à trois gros. Le bandage déjà décrit est aussi utile. — Dans quelques cas, le col de la matrice s'allonge et descend plus bas dans le vagin; quoique le corps de la matrice reste à sa place, il ne faut pas le confondre avec le prolapsus, car ce n'est réellement qu'un développement anormal d'une partie de l'utérus, et on a enlevé par la ligature cette portion ou ce prolongement. La lèvre antérieure est descendue pendant le travail au point d'être prise pour la présentation du placenta.

SECTION XL. — *Hernie de la matrice.*

Les hernies inguinales de l'utérus ont été depuis long-temps décrites par Sennert, Hildanus et Ruisk, et dernièrement par Lallement. Cette espèce de déplacement peut survenir dans l'état de non gestation, et la femme peut concevoir ensuite, ou il peut arriver lorsque la grossesse est un peu avancée. Si l'on peut réduire l'utérus, il faut le faire : et dans le premier degré, en élargissant artificiellement l'ouverture à travers laquelle l'utérus a pénétré, on peut aider la réduction ; si toutefois la gestation était bien avancée, alors il pourrait être nécessaire de faire une incision sur l'utérus, lorsque les douleurs d'enfantement surviennent, afin d'en extraire l'enfant : mais il est arrivé que, même dans cette position anormale, les efforts naturels ont expulsé l'enfant par le vagin, quoique la hernie de l'utérus, pénétrant par une séparation des muscles abdominaux, descendît d'abord aussi bas que le genou.

SECTION XLI. — *Hydropisie de l'ovaire.*

L'ovaire est sujet à plusieurs maladies dont la plus fréquente est ce qu'on nomme l'hydropisie. Le nom cependant ne convient pas, car l'affection ne dépend pas d'une sécrétion ou exhalaison séreuse et naturelle. Une espèce très-commune naît des vésicules de Graaf : celles-ci grossissent, se remplissent de sérosité, et leurs membranes deviennent moins vasculaires, quoique toujours fournies de vaisseaux. Elles changent de nature de manière à devenir de simples kystes dispersés à travers l'ovaire, augmentant graduellement de volume, tandis que la substance intermédiaire reste très-peu altérée, ou elle augmente de volume et s'épaissit. Dans le premier cas, il n'est pas rare qu'un ou deux kystes, au plus, acquièrent un volume considérable, tandis que les autres comparativement

---

mortelle, on trouva la vessie épaissie, élargie et en partie mortifiée. Voy. Med. and phys. Journal, vol. III, p. 456.

(1) Reink mentionne une femme qui était enceinte de deux jumeaux; au quatrième mois, la matrice descendit et causa une rétention d'urine mortelle. Haller, Disp. chir., t. III, p. 585.

(2) Voyez un cas remarquable de prolapsus dans un état de grossesse où toute la matrice faisait saillie ; on ne put réduire qu'après l'accouchement. P. C. Fabricius in Haller, Disp. chir., tom. III, p. 434.

(3) Voyez les mémoires de Sabatier dans les Mém. de l'Acad. de chir., t. III, p. 370. Un cas d'un énorme prolapsus dans l'état de grossesse fut publié dernièrement (1826) par Siebold, dans son journal.

font peu de progrès; mais cela n'arrive pas toujours. Dans le second cas, il n'y a point de proportion déterminée entre le volume des kystes et celui du corps nouvellement formé, et il ne paraît pas nécessaire que le changement en corps solide soit précédé par des kystes; ils peuvent naître simultanément. Je crois que cette forme, qui a été appelée peut-être improprement sarcome enkysté, peut naître de la substance de l'ovaire, et des kystes peuvent être formés indépendamment des vésicules. Une maladie analogue s'observe dans le testicule de l'homme, et j'ai trouvé chez l'homme, à la suite d'un corps, le même genre de tumeur atteignant un volume très-grand dans l'abdomen. Cette seconde espèce de maladie enkystée de l'ovaire consiste en une altération particulière de la structure (1) et en la formation d'un grand nombre de kystes contenant un liquide quelquefois limpide, mais généralement visqueux, séparés par une substance cellulo-fibreuse (2) ou indurée, se trouvant souvent en masse considérable; leur nombre et leur grosseur sont variables. Il y a rarement un seul kyste volumineux qui contienne de la sérosité; le plus souvent nous en avons vu un grand nombre dans un état de grandeur progressive; les petits ne sont pas peut-être plus gros que des pois, les autres sont aussi gros que la tête d'un enfant, tandis que celui qui a fait plus de progrès dans son développement peut surpasser en volume l'utérus dans une grossesse à terme. La surface interne des kystes peut être unie, ou recouverte d'éminences comme les papilles que l'on remarque dans la matrice d'une vache (3). Leur épaisseur est variable, car quelquefois ils sont aussi minces que la vessie, quelquefois ils sont charnus et ont un pouce d'épaisseur. Le liquide qu'ils renferment est généralement épais et coloré, quelquefois fétide; dans quelques cas, il est mêlé à des couches de matière solide ou à des touffes de cheveux; d'autres fois, il est entièrement gélatineux et ne peut passer à travers une petite ouverture, ou bien il contient des masses de substance blanche, comme le blanc d'un œuf dur; ou bien le liquide épais varie suivant les différentes périodes où on lui donne issue, étant tantôt comme de l'huile, tantôt jaune comme de la bile, et tantôt brun; quelquefois le tout est séreux comme dans l'ascite. L'analyse qu'on en a faite n'a conduit à aucun résultat d'utilité pratique; on a supposé que dans quelques cas le liquide était contenu dans les membranes de l'ovaire, dont la substance, après avoir été infiltrée, avait été absorbée: je n'ai jamais vu d'exemple qui le confirmât.

La tumeur a été composée entièrement ou en partie par des hydatides (1), formant une maladie distincte ou qui se combine avec la première. Dans le cas d'hydatides, la fluctuation doit être obscure; mais même dans la maladie enkystée, à moins que la grosseur ne soit volumineuse, surtout dans les tumeurs plus solides, on ne peut sentir de fluctuation. Il n'y a point de diagnostic certain, et ceci n'est pas d'une grande importance, vu que les deux maladies sont incurables, à moins que les kystes pour un temps ne puissent être vidés par la ponction. — La maladie des ovaires attaque plus souvent les femmes qui ont eu des enfants que celles qui ne sont pas mariées, et les dernières y sont rarement sujettes avant l'âge de vingt-cinq ans, mais plus souvent lorsqu'elles sont d'un âge mûr que lorsqu'elles sont très-vieilles: le vice scrofuleux y prédispose; les effets ou les symptômes de cette maladie des ovaires peuvent être rapportés à trois origines: à la pression, à l'irritation sympathique et à l'action exercée sur l'ovaire lui-même. Elle commence quelquefois, quoique pas souvent, par une douleur assez aiguë dans l'aine, les cuisses et un

(1) Ledran prétend que l'hydropisie commence toujours par un squirrhe et qu'elle en est un symptôme. — Le docteur Hunter dit n'avoir jamais vu qu'un ovaire enkysté dans un état véritablement squirrheux, et il a raison.

(2) La malade du docteur Jhonston avait l'ovaire droit converti en une masse charnue pesant neuf livres, et remplie de kystes. Med. comment., vol. VII, p. 265.

(3) J'ai vu la surface interne de l'ovaire remplie de presque deux douzaines de tumeurs volumineuses. Morand cite deux cas où il trouva la même quantité.

(1) Sampson, dans les Phil. trans., n° 140, décrit un ovaire rempli d'hydatides contenant cent douze livres de liquide. — Willi mentionne la femme d'un tailleur, dont l'ovaire pesait plus de cent livres et contenait en partie des hydatides, en partie un fluide gélatineux. Haller, Disp. med., t. IV, p. 447.

côté du bas ventre, avec trouble de l'estomac et des intestins, et parfois avec syncope. Quelques malades sentent dans les premiers temps de la douleur dans les mamelles, et M. Robert prétend que c'est le plus souvent du même côté que l'ovaire malade. Dans quelques cas, il y a sécrétion de lait (1); mais généralement les symptômes sont légers d'abord, ou dépendent principalement de la pression ou de l'irritation des parties contenues dans le bassin. La malade est constipée et sujette à la strangurie qui, dans quelques cas, peut se terminer par une rétention d'urine complète. Les intestins sont gonflés, et dans presque tous les cas, à cause de cette circonstance, le ventre grossit de bonne heure et la tumeur circonscrite se perd dans l'embonpoint général. Quelquefois, un pied se tuméfie bientôt. L'on peut rarement, soit par le vagin, ou le rectum, sentir l'ovaire, vu que rarement il descend plus bas que le sommet du col de l'utérus; mais quelquefois, surtout s'il y a prolapsus, on peut sentir une tumeur entre le vagin et le rectum, et l'orifice utérin est refoulé en avant vers le pubis; de sorte que, sans quelque attention, on peut prendre la maladie pour une retroversion de la matrice (2). Au bout de quelque temps, la tumeur généralement s'élève au-dessus du bassin (3), et les premiers symptômes disparaissent. Une masse mobile peut être sentie dans les régions hypogastriques ou dans l'iliaque (1). La tumeur grossit par degrés, et l'on peut y constater une fluctuation obscure. Cette tumeur est mobile jusqu'à ce qu'elle acquière un volume assez grand pour remplir et tendre la cavité abdominale. Alors elle ressemble à une ascite, avec laquelle elle se combine généralement (2). La malade ressent peu de gêne, excepté celle qui résulte du poids de la tumeur, et elle peut jouir d'une assez bonne santé pendant bien des années; mais il n'en est pas toujours ainsi, car la tumeur comprime quelquefois le fond de la vessie et produit une incontinence d'urine, ou bien elle exerce une pression sur le rein et en fait absorber une partie; souvent elle irrite les intestins et produit des sensations pénibles, ou une douleur aiguë avec des vomissements, ou une diarrhée et quelquefois des troubles hystériques dont le plus grand nombre se présente ou s'aggrave à l'époque des règles (3). La tumeur augmente de volume et quelquefois

---

(1) Dans un cas cité avec détail par Vater, la malade avait les symptômes d'une grossesse; il y avait sécrétion de lait, et elle croyait même sentir remuer. Le ventre continua d'être gros, et elle eut une mauvaise santé pendant trois ans et demi, époque où elle mourut. L'abdomen contenait beaucoup d'eau, et on trouva l'ovaire droit aussi gros que la tête d'un homme, renfermant des kystes remplis d'une matière puriforme; l'utérus était sain; mais il y avait prolapsus, et l'uretère était distendu par la pression. (Haller's Disp. med., t. IV, p. 40.) Ce n'était pas un cas de grossesse extra-utérine; car l'ovaire était divisé en cellules, et il n'y avait pas apparence de fœtus.

(2) Le cas de M. Home, rapporté par le docteur Denman, vol. I, p. 130, a beaucoup l'apparence d'une rétroversion.

(3) Dans quelques cas, elle ne s'élève pas hors du bassin, ou si elle le fait, la partie inférieure y reste. Morgagni rapporte un cas où l'ovaire pesait vingt-quatre livres; la partie inférieure remplissait le bassin si parfaitement que lorsqu'elle fut retirée, elle fit entendre un bruit comme celui d'une ventouse quand on l'arrache de la peau. Epist. 39, art. 39.

(1) Le gonflement et l'induration des ganglions iliaques peuvent en quelque sorte ressembler à cette maladie; mais ils sont moins mobiles, plus irréguliers au toucher et plus douloureux à la pression.

(2) Elle peut être accompagnée d'un épanchement liquide dans la cavité abdominale. La malade du docteur Bosch avait seize pintes de liquide dans l'abdomen, et les deux ovaires étaient grossis au point de peser cent deux livres. Cette malade se plaignait d'une grande douleur et d'une pesanteur dans le bas-ventre et au-dessus de la hanche droite; elle était très-amaigrie, mais les règles étaient régulières. Quand on lui fit la ponction, on ne retira pas plus de deux tasses de liquide. (Med. and phys. Journ., vol. VIII, p. 144.) — M. French rencontra un cas d'ascite et d'hydropisie de l'ovaire. Celui-ci s'étendait depuis le pubis jusqu'au diaphragme. La malade avait un appétit vorace. (Mem. of med. society, vol. I, p. 234.)

(3) Voyez un cas rapporté par Sir Hans Slane in Phil. trans., n° 252.—La malade du docteur Puttency, dont l'ovaire pesait 56 livres, éprouvait une douleur atroce dans le flanc gauche, des spasmes, des accès d'hystérie. (Mem. of medical society, vol. II, p. 265.)

entraîne l'utérus avec elle; de sorte que le vagin est allongé, et c'est ce qui arrive surtout lorsque les deux ovaires sont volumineux (1). Dans beaucoup de cas cependant l'utérus, au lieu de s'élever, s'abaisse et occasionne de fréquentes attaques de rétention d'urine, en comprimant l'orifice de la vessie, ou bien il est poussé en avant plus près du pubis, ou sa position est un peu oblique. Dans d'autres circonstances, il est un peu affecté. L'urine, dès le commencement, ne diminue pas beaucoup de quantité, à moins que cette maladie ne soit associée à une ascite, et la soif d'abord n'augmente pas sensiblement; mais, quand la tumeur a acquis un large volume, il y a généralement une grande diminution ou une obstruction dans le cours des urines. Si cependant on diminuait artificiellement le volume de la tumeur, souvent, pendant quelque temps, l'urine augmente de quantité et la santé s'améliore. Ceci est bien démontré par le cas de madame de Rosney (2), qui, dans l'espace de quatre ans, fut ponctionnée vingt-huit fois. Pendant sept jours après chaque ponction, elle urinait librement et en quantité suffisante; l'appétit était bon, et toutes les fonctions se faisaient bien; mais, à mesure que la tumeur augmentait, l'urine, malgré les diurétiques, diminuait, et à la fin ne s'écoulait plus que goutte à goutte. La femme généralement continue de voir régulièrement pendant long-temps, et peut même devenir enceinte.

Dans le cours de la maladie, la femme peut ressentir de la douleur dans le ventre, avec de la fièvre qui indique une inflammation d'une portion de la tumeur, qui peut se terminer par suppuration (1) et produire une fièvre hectique; ou l'accès peut être plus aigu, causer des vomissements, de la sensibilité dans l'abdomen, et une grande fièvre qui devient mortelle en peu de temps; ou bien il peut y avoir une vive douleur qui dure un court espace de temps, avec ou sans épuisement momentané, et les paroxysmes peuvent se répéter souvent; mais, dans beaucoup de cas, ces symptômes aigus manquent, et la malade ressent peu de gêne, à moins que la tumeur n'acquière un volume assez grand pour obstruer la respiration et causer un sentiment pénible de distension. Pendant ce temps-là, la constitution se détériore, et des épanchements hydropiques se produisent; alors les parois abdominales sont quelquefois si sensibles qu'elles ne peuvent supporter la moindre pression, et la malade, épuisée par des insomnies, par la fièvre, le manque d'appétit, la douleur et la dyspnée, finit pas succomber. — Les effets de cette maladie doivent varier suivant la nature des parties atteintes, et suivant les sympathies naturelles qui existent chez l'individu. Quand on considère que dans beaucoup de cas la constitution entière, aussi bien que les différents organes, peuvent supporter sans inconvénient une irritation forte, mais graduée, il n'est pas étonnant que cette maladie puisse exister des années sans altérer matériellement la santé; tandis que dans des constitutions plus irritables ou sous une modification différente de pression, un grand trouble que l'on rapporte trop souvent à la métrite peut être occasionné.

(1) Ce point est bien traité par M. Voison, dans le Recueil périod., tom. XVII, p. 371 et seq. La vessie peut aussi être déplacée, comme dans le cas de mademoiselle Argant, rapporté par Portal, Cours d'anat., tom. V, p. 549.

(2) Si un seul des ovaires grossit, ou si tous les deux sont affectés, mais qu'il n'y ait qu'un seul qui augmente de volume, l'utérus n'est pas souvent entraîné en haut, parce que l'ovaire tourne sur son axe, et l'utérus reste au-dessous de lui. Dans un exemple que me présenta le docteur Cleghorn, les deux ovaires étaient très-tuméfiés, et on pouvait les sentir de chaque côté de l'ombilic, tandis qu'immédiatement au-dessous ils paraissaient unis par une substance ferme et mince, et, quand l'urine était gardée quelque temps, l'on pouvait sentir de la fluctuation en avant de cette partie. La dissection fit voir une substance ferme et épaisse qui s'étendait du pubis à l'ombilic entre les ovaires. C'était l'utérus et le vagin. L'utérus lui-même était allongé, le col avait trois pouces de long, et il ne restait plus aucune forme du museau de tanche. Sa maladie commença après une frayeur. D'abord elle sentit une grande douleur dans l'aine droite, avec de la faiblesse dans la cuisse, et bientôt après elle sentit une tumeur dans le ventre, puis une autre apparut dans le flanc gauche. On lui fit seize fois la ponction.

(3) Portal, Cours d'anatomie, tom. V, p. 549.

(1) Un cas obscur est rapporté par le docteur Taylor, où l'on supposa qu'un abcès énorme s'était formé dans l'ovaire. (Quaterly journal. July 1826.)

Cette tumeur a paru quelquefois être produite par une lésion faite à l'utérus dans l'accouchement, comme, par exemple, l'extraction précipitée du placenta, ou bien par des coups, des passions violentes, des frayeurs, par l'application du froid; mais très-souvent on ne peut lui assigner aucune cause évidente. Dans tous les cas après la délivrance, lorsque la malade se plaint de quelque douleur fixe au-dessus ou au-dessous de l'aine, et particulièrement quand cette douleur est augmentée par la pression, ou accompagnée d'un état fébrile irrégulier et prolongé, nous devons, outre la surveillance ordinaire exercée sur les intestins, tirer du sang au bras, ou localement par des ventouses ou par des saignées, et ensuite appliquer un vésicatoire. Quoique quelques malades eussent pu guérir sans avoir été soumises à ce traitement actif, cependant un grand nombre seront sauvées d'une maladie incurable qui avait déjà établi ses racines. Chez les vierges aussi bien que chez les femmes mariées, la douleur dans la région de l'ovaire ou de l'utérus pendant la période menstruelle, surtout si elle diffère de celle à laquelle les femmes sont accoutumées, demande de l'attention et ne doit en aucun temps être négligée, surtout si elle est accompagnée de constipation, ou si elle est survenue après une exposition au froid.

Cette maladie est quelquefois méconnue, d'abord à cause du symptôme le plus marquant, qui est souvent une tympanite; même un examen attentif ne peut toujours découvrir une tumeur naissante au milieu des intestins gonflés. Dans la suite, quand il y a fluctuation, la maladie peut être prise pour une ascite; mais, en général, la fluctuation est plus obscure et plus circonscrite, et on la sent rarement dans la région lombaire. Dans la première période de cette maladie, il faut surveiller les effets produits par la pression. On doit vider la vessie quand le cathétérisme est nécessaire, ce qui n'arrive pas souvent, et combattre la constipation. Il est bon de considérer jusqu'à quel point de cette période il est convenable de ponctionner la tumeur par le vagin, et de chercher par des injections ou d'autres moyens à obtenir une guérison radicale. Quand la malade est enceinte et que la tumeur s'oppose à l'accouchement, il n'y a pas de doute qu'il soit convenable de faire une ponction (1) avant d'avoir recours au crochet; mais on ne la pratique que pour remédier à des accidents particuliers, et cela ne trace aucune règle à suivre. Dans les cas qui ne sont pas aussi pressants, je suis porté à ne conseiller aucune opération à cette période de la maladie, parce qu'au bout de quelque temps la tumeur s'élèvera hors du bassin, et alors la malade restera assez bien pendant un grand nombre d'années. En outre, l'ovaire, dans cette maladie, contient généralement de nombreux kystes; et, comme dans la première période ils sont petits, l'on ne peut espérer que de vider le plus gros; peut-être même ne pouvons-nous pas l'ouvrir, et quand bien même on pourrait le ponctionner et le guérir, pendant il y en aura d'autres qui se développeront et qui requerront le même traitement. La ponction donc ne peut retarder que le développement de la tumeur, et la retenir plus long-temps dans le bassin, où sa présence est dangereuse.

Quand la tumeur est sortie du bassin, il faut, dans le traitement, se conduire d'après les symptômes; on tiendra les intestins libres, mais non pas relâchés, par la rhubarbe, la magnésie, les pilules d'aloès, la crème de tartre, ou le sel de Cheltenham. Les symptômes de dispepsie sont quelquefois combattus par les préparations ferrugineuses combinées avec le bi-carbonate de soude ou par d'autres remèdes convenables, quoiqu'on ne puisse attendre leur disparition complète tant que subsiste la cause excitante. Le malaise ou le trouble général produit par une irritation abdominale peut être calmé par des bains chauds, par le jalap, par les laxatifs, tandis que l'on combattra les affections spasmodiques par des substances fétides et, à leur défaut, par des opiacés. Si, à une époque quelconque, beaucoup de douleur se fait sentir, on peut, s'il est nécessaire, préparer les intestins par un lavement et donner ensuite un opiacé. Si ces moyens manquent, l'on peut, si la sensibilité est

(1) Dans un cas noté par le docteur Denman, le travail ne put marcher que lorsque l'ovaire fut vidé par une ponction à travers le vagin; la femme mourut six mois après. (Introd., vol. II, p. 74.) Dans le cas du docteur Ford, rapporté par le docteur Denman, on employa le crochet. Voyez aussi un cas par M. Baudelocque, L'Art des accouch., § 1964.

grande, appliquer les sangsues et ensuite un cataplasme de farine de graine de lin, et si la douleur, quoique peu vive, persiste, on appliquera un vésicatoire. La saignée peut être utile quand les symptômes inflammatoires sont aigus et le pouls précipité ; mais il ne faut jamais la pousser trop loin, ni l'employer seulement à cause de la douleur. Je désire établir de la manière la plus claire ma conviction, qu'à l'exception de pallier les symptômes, l'art ne peut rien pour le moment présent, et cela démontre que dans l'état actuel de la science nous ne pouvons pas attendre davantage du pouvoir de la médecine. Dans la supposition que cette maladie était une hydropisie on a donné des diurétiques, mais sans aucun succès (1), et souvent avec détriment pour la santé. Quelques-uns ont supposé que les diurétiques ne font point de bien tant que la maladie est dans sa croissance ; mais qu'ils sont utiles quand elle est arrivée à sa dernière période. Mais cette maladie ne s'arrête jamais, elle continue de marcher jusqu'à la mort de la malade. Quand les diurétiques produisent quelque effet, c'est principalement en enlevant l'affection hydropique qui se combinait avec cette maladie, et, sous ce rapport, ils sont très-efficaces immédiatement après la paracentèse. Quant à ce qui regarde leur action ou celle de tout autre médicament, pour diminuer le volume de l'ovaire, mon opinion est qu'ils n'ont pas plus d'influence qu'ils n'en ont sur un mélicéris de l'épaule, ou sur la même maladie quand elle attaque le testicule, ou sur la configuration du nez de la malade. Dans un cas, on a supposé que des fomentations et des cataplasmes avaient fait disparaître le gonflement d'un ovaire (2), et le docteur Hamilton a dernièrement soutenu qu'il avait guéri sept cas en percutant ou en frictionnant long-temps la tumeur tous les jours et en employant un bandage de manière à établir une compression continuelle, en donnant une solution de muriate de chaux et en prescrivant des bains chauds (1). Comme quelques tumeurs semblent diminuer ou être absorbées par l'influence des vomitifs, on pourrait supposer que dans cette terrible maladie il serait bon de les employer ; mais des vomissements prolongés aussi long-temps qu'il serait nécessaire pour produire un effet sensible sur la tumeur deviendraient à la fin aussi dangereux que la maladie qu'ils devaient guérir, tandis qu'il est certain que, pendant leur durée, la maladie prendrait un caractère plus alarmant. La plus forte objection cependant, c'est que le moyen proposé est tout aussi infructueux que les autres (2).

Après avoir pallié les symptômes, lorsque la distension devient pénible, il faut alors ponctionner la tumeur, ce qui apporte un grand soulagement ; et en répétant la ponction suivant les circonstances, elle peut contribuer à prolonger la vie pendant un long espace de temps (3).

---

(1) Le docteur Denman observe avec raison que les diurétiques ne produisent aucun effet, vol. I, p. 122. Le docteur Hunter remarque que l'hydropisie de l'ovaire est une maladie incurable, que la femme qui fera le moins pour s'en débarrasser aura plus de chance pour vivre plus long-temps. Le trois-quarts est presque le seul palliatif. (Med. obs. and ing., vol. II, p. 41.) Willi cependant rapporte un cas qui durait depuis quatorze ans, et qui fut guéri par les diurétiques, et on calcula que la tumeur contenait cent livres de liquide. (Haller, Disp. med., t. IV, p. 541.) Ces histoires sont-elles exactes ?

(2) Voyez le docteur Monro's Fourth case, in Med, essays, vol. V.

(1) Hamilton on Mercurial medicine, p. 202. Voy. aussi Practical Observations, part. I, p. 102. Dans cet ouvrage, l'auteur célèbre annonce qu'il continue d'avoir confiance dans sa méthode.

(2) Le docteur Barlow, dans le vol. IV, Of trans. of prov. med. and surg. association, exprime sa confiance dans l'emploi, dès le début, de la saignée et des cautères. Une malade non-seulement se rétablit par ces moyens, mais encore devint mère de trois jumeaux nommés Foi, Espérance et Charité.

(3) Le docteur Denman conseille de différer l'opération autant que possible, et je crois qu'il a raison ; car chaque opération est suivie d'une nouvelle accumulation, ce qui est une cause de débilitation. Cependant il est étonnant de voir la quantité de liquide qui peut être sécrétée dans un laps de temps, sans faire succomber la malade. M. Ford ponctionna sa malade quarante-neuf fois et retira deux mille sept cent quatre-vingt-six pintes de liquide. La sécrétion fut à la fin si rapide, que tous les jours il y avait trois pintes et trois onces de sécrétées. Med. commun. vol. II, p. 125. — M. Martineau fit sur sa malade quatre-vingts fois la ponction, et retira six mille huit cent trente et une pin-

Comme l'utérus peut être entraîné par la tumeur, il est bon de s'assurer si c'est l'ovaire droit ou gauche qui a grossi; et il faut toujours ponctionner l'ovaire droit du côté droit, et réciproquement; par une pratique opposée on a blessé la matrice (1). Quand la maladie se combine avec l'ascite, il est quelquefois nécessaire d'introduire deux fois le trois-quarts, et la différence entre les deux liquides qui s'écoulent est souvent bien grande. Il ne faut point différer trop long-temps la ponction au point de causer une grande irritation ou distension, ni y recourir trop tôt ou trop souvent, car les vaisseaux de la cavité sécrètent beaucoup plus vite et plus abondamment après chaque opération : et il faut se rappeler que c'est une cause de faiblesse croissante, non seulement par la perte du fluide albumineux, mais aussi par l'augmentation d'action des vaisseaux, qui doit épuiser autant que toute autre espèce d'excès.

On a cherché à obtenir une cure radicale en ouvrant la tumeur, en évacuant la matière contenue, et en empêchant la plaie de se fermer; par là on avait une plaie fistuleuse; ou bien en introduisant une mèche de charpie, ou bien en faisant une injection stimulante (2). Quelques-unes de ces méthodes ont réussi, il est vrai, mais souvent elles ont été mortelles (1), et je n'ai point vu de cas où elles ont été de quelque utilité. Il y a deux fortes objections à toutes ces pratiques, outre le risque de causer une inflammation mortelle : la première, c'est que le kyste est souvent irrégulier à sa surface interne, et par conséquent on ne peut espérer qu'il adhérera, quand bien même son organisation le permettrait; la seconde, c'est que l'ovaire, dans l'hydropisie de cet organe, se compose rarement d'une seule cavité; de sorte que, quoiqu'on puisse détruire un kyste, les autres se développeront et renouvelleront la tumeur; et, à la vérité, la tuméfaction n'est rarement ni jamais enlevée complètement par une seule opération, et même la tumeur n'est point entièrement vidée; de sorte que, comme palliatif, il faut quelquefois introduire le trois-quarts dans deux ou plusieurs endroits. Quelquefois l'on trouve dans les dissec-

---

tes ou treize barriques. D'une seule fois, il retira cent huit pintes. (Phil. trans., vol. LXXIV, p. 471.)

(1) Dans un cas de ce genre rapporté par M. Voison, l'utérus fut blessé, et la malade éprouva une grande douleur et s'évanouit. Elle mourut trois jours après l'opération. (Recueil périod., tom. VII, p. 362.)

(2) Ledran rapporte deux cas dans les Mém. de l'Acad. de chir., tom. III. Dans le premier, le kyste fut ouvert, et la femme guérit de l'hydropisie; mais il resta une ouverture fistuleuse, p. 431. — Dans le second, il fit une incision assez large, et introduisit une canule dans la poche. L'opération fut suivie de fièvre, de délire et de vomissements. La femme ne pouvait garder qu'un peu de vin d'Espagne. Pendant trois semaines, elle rendait tous les jours huit ou dix onces d'un liquide rouge. A la fin, tout-à-coup quinze onces de pus blanc furent évacuées, et alors les symptômes disparurent; mais il resta pendant deux ans une fistule; puis elle guérit. P. 442. — Le docteur Houston cite le cas d'une femme chez laquelle il fit une incision de deux pouces de long dans l'ovaire, et ensuite, avec un petit bâton de bois, il fit sortir une grande quantité de matière gélatineuse et d'hydatides. Il maintint la plaie ouverte en y introduisant de la charpie, et réussit à guérir la personne. Sa maladie était attribuée à une extraction violente du placenta, et avait existé depuis trente ans. Elle était accompagnée de vives douleurs (Phil. trans., XXXIII, p. 5.) — M. Voison rapporte un cas où on pallia la maladie par la ponction, et en maintenant la fistule ouverte. (Recueil périod., t. XVIII, p. 381.) Et Portal cite un exemple où en maintenant la canule dans la blessure pendant quelque temps, on obtint une cure radicale, et la femme eut dans la suite des enfants. (Cours d'anat., tom. V, p. 554.)

(1) Delaporte ponctionna une femme qui avait une énorme tumeur dans le ventre, mais rien ne sortit à travers la canule; il fit une incision très-étendue, et dans l'espace de deux heures et demie, il tira trente-cinq livres de matière gélatineuse; les lèvres de la plaie furent ensuite rapprochées. Le lendemain on évacua seize livres de gelée; mais alors survinrent des vomissements et de la fièvre, et la malade mourut le trentième jour, après avoir rendu soixante-sept livres de liquide. Cette maladie durait depuis seize mois, et était attribuée à une hémorrhagie. (Mém. de l'Acad. de chir., tom. III, p. 152.) — Le docteur Denman remarque le cas d'une malade qui mourut le sixième jour, après avoir eu l'ovaire injecté, vol. I, p. 422.

tions une seule poche séreuse contenue dans l'ovaire, et l'on peut supposer que si, lorsqu'elle a acquis un certain volume, on sentait distinctement la fluctuation par le vagin, on pourrait d'abord faire la ponction et puis employer les moyens pour produire une oblitération.

On a proposé d'extirper l'ovaire après y avoir fait une ponction (1) pour diminuer son volume; ou bien l'opération peut, d'après le même principe, être pratiquée de bonne heure lorsque la tumeur est encore mobile et petite, et je concevrais que ce serait un moment beaucoup plus favorable que lorsque l'on a laissé l'ovaire acquérir un gros volume. L'opération expose à une foule de dangers; mais elle est simple dans son procédé. Il n'y a qu'à faire sur l'abdomen une incision proportionnée au volume de la tumeur, et, après avoir passé une ligature autour du pédicule, on excise la masse, on replace les intestins et on réunit les bords de la plaie par la suture. Mais combien peu de malades doivent échapper aux dangers de cette opération! On dira que dans tous les cas il faut qu'elles meurent, tandis que cette opération offre la chance d'une complète guérison. C'est vrai; mais si l'on fait l'opération de bonne heure, l'on a une grande probabilité que la malade mourra en quelques heures, tandis que par des palliatifs elle aurait pu vivre pendant un grand nombre d'années. Si on la retarde jusqu'à la dernière période, la constitution est alors détériorée, et la chance de la guérison est encore moindre. On a été même obligé d'abandonner l'opération après l'avoir commencée, à cause de nombreuses adhérences. M. Jeaffreson fit une incision d'environ un pouce de long sur la ligne blanche entre le pubis et l'ombilic; puis il ponctionna la poche avec un trois-quarts, et, quand elle fut vidée, il la tira au dehors, et après avoir appliqué une ligature autour de son col, il l'excisa: la malade guérit. (Trans. of provincial med. and surg. association, vol. v, p. 239.)

Il est arrivé qu'un kyste a adhéré à l'intestin (1), et s'y est vidé; alors la malade a rendu par les selles une matière glaireuse et fétide (2). Les cas à ma connaissance ont été palliés et non pas guéris par cet événement; quelquefois le liquide a été évacué par le vagin (3), ou bien l'ovaire s'est ouvert dans la cavité abdomi-

(1) Laumonier a fait avec succès cette opération, comme on le rapporte dans les Mém. de la soc. roy. de méd., 1782, ainsi que le docteur Nathan Smith d'Amérique. (Voy. Edin. journal for, october 1822.) M. Lizars vient de publier deux cas où cette opération fut pratiquée, et paraît avoir été encouragée par l'histoire merveilleuse d'une Américaine, qui pensait si peu à l'opération, que, cinq jours après, on la trouva faisant son lit. Dans un cas, les deux ovaires étaient malades et un seul fut extirpé: la femme survécut. Dans l'autre cas, l'opération fut mortelle. On trouve dans l'ouvrage deux autres exemples d'opération abdominale. Dans l'un, il n'existait aucune tumeur de l'ovaire; dans l'autre, on ne persista pas à faire l'opération, et pour de bonnes raisons. Il y a un rapport de plusieurs cas d'extirpation dans les Archives LXX, p. 92. Un qui réussit à Berlin par Dieffenbach, et un autre par Hopfer; deux qui furent mortels entre ses mains, et un par Martini. (Voy. aussi un mémoire par Hevin, dans la Revue méd., 1836, p. 161.)

(1) Le docteur Monro, in Med. essays, vol. v, p. 773, rapporte en détail l'histoire d'une malade qui avait un ovaire malade, et dont la tumeur faisait saillie d'environ quatre pouces au-dessous de l'ombilic. Elle fut ouverte, mais il ne sortit que de l'air, et le lendemain on vit paraître des matières fécales; le cinquième jour, du pus s'écoula. La malade se rétablit par degrés, et la tumeur du ventre s'affaissa; mais deux ans après, la suppuration se rétablit, et la malade succomba. Dans ce cas, le colon adhérait probablement à l'ovaire.

(2) Le docteur Denman rapporte le cas d'une malade qui, après avoir souffert pendant quelque temps de la douleur et de la sensibilité vers le sacrum et l'utérus, et après avoir éprouvé une hémorrhagie utérine, fut tout-à-coup prise de vomissements, de syncope, de douleurs de ventre et de constipation; alors on sentit une tumeur dans le flanc droit qui bientôt occupa tout l'abdomen. Cette malade fut guérie, après avoir rendu une substance gélatineuse. (Med. and phys. journ., vol. II, p. 20.)

(3) Le docteur Monro cite un cas de grossesse supposée, au dixième mois de laquelle la tumeur disparut à la suite d'un écoulement aqueux qui se fit par le vagin. Dans une seconde attaque, cependant, la femme éprouva des douleurs d'accouchement, et mourut épuisée. On trouva l'ovaire gauche rempli de vésicules. (Med. essays., vol. v, p. 770.)

nale, et le liquide s'y est répandu, même accident est arrivé à la suite de chute qui avait rompu l'ovaire (1).

Il y a une autre maladie ou une variété de la première maladie, dans laquelle on trouve dans l'ovaire des os, des cheveux et des dents (2). Le sac qui les renferme est quelquefois large, et généralement rempli d'un liquide aqueux ou gélatineux. La substance osseuse et les dents adhèrent ordinairement à la surface interne du kyste. Cette maladie ne produit aucune gêne, excepté celle de la pression; quelques-uns ont pensé que c'était seulement une conception ovarienne; mais il est certain qu'elle peut survenir sans fécondation; bien plus, on a trouvé de semblables tumeurs dans les hommes (3), ou bien on a trouvé dans l'abdomen un fœtus plus ou moins parfait. Il est évident que le traitement ne doit être que palliatif.

SECTION XLII. — *Maladies des ovaires.*

Les ovaires sont quelquefois affectés de scrofule et la tumeur est devenue mortelle en produisant une rétention d'urine. Quand elle s'élève hors du bassin, elle produit souvent l'hypochondrie, et ressemble beaucoup à la maladie des ovaires que l'on vient de décrire; mais elle est plus ferme et rarement donne le sentiment d'une fluctuation. Quelquefois elle est très-douloureuse quand on la presse. Elle se termine rarement par suppuration, et quand cela arrive, le liquide, comme l'observe Portal, est blanchâtre, filamenteux, grumeleux, mal digéré. La substance de l'ovaire est molle et semblable à celle des autres glandes scrofuleuses. Quelquefois elle contient une substance caséeuse, que l'on trouve en même temps dans les ganglions mésentériques et dans les autres. Si la marche est plus aiguë, il y a souvent une grande douleur, de la maigreur et de la prostration. Dupuytren décrit les restes désorganisés d'un fœtus, renfermés dans un kyste qui communiquait avec le mésentère d'un garçon âgé de 14 ans. L'iode, la ciguë, le mercure, l'électricité, les laxatifs, etc., ont été employés, mais rarement avec utilité. Le plus que nous

---

(1) Le docteur Addison rapporte un cas de ce genre : l'inflammation du péritoine se déclara, mais elle fut combattue, et le liquide fut absorbé. (Guys. report., No. 1, p. 40.

(2) Voyez le docteur Baillie's Morbid. anatomy., chap. 29. — Le docteur J. Cleghorn cite une femme qui mourut dix jours après la ponction. On trouva l'ovaire droit très-volumineux, renfermant un grand nombre de cellules, dont les unes contenaient des cheveux, une matière crétacée, des fragments d'os et de dents, et les autres une substance gélatineuse. (Trans. of royal irish acad., vol. 1, p. 80, in Essays phys. and literay., vol. II, p. 300.) Il est parlé d'un cas où un des ovaires contenait un grand nombre de vésicules, tandis que l'autre était rempli par une masse cérébriforme contenant des os et des dents. Dans le musée de l'hôpital de Vienne, il y a un ovaire volumineux dont la surface interne est tapissée de cheveux. Horstius rencontra un ovaire qui contenait des cheveux et une matière puriforme et huileuse. (Opera, p. 249). Schenkius y trouva de la graisse et des cheveux, p. 536, et Schacher rapporte un cas semblable dans Haller's Disp. med., tom. IV, p. 477. Ruysch, dans ses Adversaria, dit avoir trouvé des os et des cheveux, et Le Rich, dans l'Hist. de l'acad. des sciences, 1743, trouva des cheveux, de l'huile, des os et des dents, dans les cellules. (Voyez aussi Recueil périod., tom. XVII, p. 462.)

(3) Duverney vit une tumeur extirpée du scrotum qui contenait une matière charnue et des os. (Œuvres, tom. II, p. 502), et M. Dupuytren présenta un rapport à l'École de médecine de Paris, contenant l'histoire d'une tumeur trouvée dans l'abdomen d'un garçon, qui renfermait une masse de cheveux et un fœtus presque ossifié. On supposa que lors de la conception un germe était entré dans un autre. (Voyez Edin. med. journal, vol. I, p. 376.) D'après le témoignage respectable de Baudelocque, Leroy, etc., on ne peut mettre en doute le cas de Helley, où un chien accoucha par l'anus d'un petit chien vivant. (Phil. trans., vol. XIX, p. 316). On a trouvé, je crois, des os et des poils dans un cheval. M. Highmore publie le cas d'un fœtus trouvé dans le ventre d'un jeune homme. (Voy. aussi Med. and phys. journ., vol. XXXIV, 317.) Le cas de M. Young, in Med. chir. trans., vol. I, p. 234, and M. Philips, sur une petite fille, vol. VI, 124. (Voy. aussi un mémoire avec les cas de monstruosité par inclusion, dont plusieurs étaient sous la peau du périnée ou dans le scrotum, par le docteur Olivier, Archives, t. XV, p. 355 et 589.)

puissions faire, c'est de pallier les symptômes, comme la rétention d'urine, la constipation, la dyspepsie ou la douleur.

L'ovaire peut aussi grossir et devenir dur comme le squirrhe, ou devenir osseux (1), ou se convertir en une substance graisseuse (2), ou subir d'autres changements qu'il serait difficile de spécifier. Quelquefois il est atteint de la maladie spongieuse, ou de celle que l'on appelle cancer cérébriforme, et se change en une substance comme le cerveau, avec des kystes qui contiennent une sérosité sanguinolente. La tumeur, dans cette maladie, est tendue et élastique; elle peut se faire jour à travers les parois abdominales et s'étendre en excroissances fongueuses. Souvent, en coupant un ovaire hypertrophié, l'on trouve une partie qui ressemble au tissu spongieux, contenant des kystes fongueux et sanguinolents; une autre est ferme comme de la gelée; et une troisième partie est comme du cartilage ou comme du gras dense. Souvent l'utérus participe à la maladie, ou bien reste au milieu dans un état sain. J'ai vu une masse de ce genre qui pesait treize livres. Le squirrhe cancéreux peut aussi affecter l'ovaire; mais il n'est pas aussi commun que les autres altérations. Ces tumeurs, plus solides, ne doivent point être confondues avec celles que nous avons décrites dans la dernière section. Elles se distinguent par leur dureté ou leur élasticité, et trop souvent par le plus grand dégât qu'elles commettent, et par leur marche plus rapide vers une terminaison fatale. Peut-être de toutes ces maladies, l'espèce strumeuse est-elle la plus fréquente; mais la plus terrible est celle qui approche du tissu spongieux.

Parmi les nombreux médicaments internes que l'on a proposés, tels que l'iode, la ciguë, le mercure, le fer, etc., je suis forcé de dire que je n'en connais pas un qui fasse plus que d'agir sur la santé générale. Le principe le plus important, c'est de ne point la perdre de vue; et si aucun symptôme alarmant ne se présente, c'est presque le seul traitement que l'on puisse faire. On tiendra libre le ventre, on prescrira des aliments faciles à digérer, on évitera les stimulants et on préservera du froid la surface malade. Il est quelquefois bon d'employer des médicaments qui facilitent la digestion; c'est principalement lorsque la tumeur devient partiellement enflammée, ce qui s'annonce par la sensibilité à la pression et une douleur interne quelquefois atroce, ou bien lorsque les parties voisines, telles que l'estomac ou les intestins, deviennent malades, qu'on est appelé à agir. La douleur sans fièvre, et qui dépend plus du gonflement que de l'inflammation de la tumeur, doit être soulagée par l'opium. Les attaques d'inflammation doivent être combattues par des sangsues, suivies de l'application d'un cataplasme; car la saignée est rarement nécessaire. La diarrhée sera arrêtée par des lavements contenant du laudanum, et la strangurie calmée par des fomentations. L'inflammation aiguë n'est peut-être jamais limitée aux ovaires seuls; mais l'un d'eux peut sans doute être la partie où elle a pris naissance et d'où elle est sortie : car l'on trouve qu'il est quelquefois grossi et qu'il contient du pus; tandis que l'utérus et les autres viscères du bassin sont atteints à un degré

---

(1) Schleneker cite une femme qui, bientôt après l'accouchement, sentit une douleur obscure dans le côté gauche, et alors une tumeur parut dans le ventre. Elle avait l'appétit dérangé, les pieds gonflés, un prolapsus de la matrice, et une suppression d'urine et de matières fécales. L'ovaire gauche était dur et pierreux, et pesait trois onces. (Haller, Disp. med., tom. IV, p. 419.) Dans ce cas, la tuméfaction du ventre ne pouvait être produite par la présence de l'ovaire, mais plutôt par la pression qu'il exerçait sur les intestins.

(2) Voyez un cas rapporté par Fontaine dans Haller, Disp. med., t. IV, p. 485. La malade avait une tumeur de l'abdomen avec des douleurs cuisantes dans le flanc gauche qui s'étendaient jusqu'à la cuisse. L'ovaire gauche pesait dix livres, l'ovaire droit était aussi gros que le poing, et tous les deux étaient remplis d'une matière graisseuse. Portal rapporte aussi un cas de cette maladie où l'ovaire droit était aussi gros que la tête d'un homme, très-dur et rempli de matière stéatomateuse pesant en tout trente-cinq livres; l'utérus et la vessie étaient tournés du côté gauche. Il n'y eut point de liquide de répandu; mais la malade fut enlevée par une fièvre hectique et par la diarrhée. On trouva dans les poumons quelques concrétions stéatomateuses. (Cours d'anatomie, tom. V, p. 549.) Pour les différentes maladies de l'ovaire, consultez le docteur Seymour's Illustrations and plates, 1830, et Cruveilhier, Anat. path,

moindre. L'inflammation est marquée par une augmentation dans la vascularité de l'ovaire ; son tissu est plus rouge, non-seulement à cause des vaisseaux, mais à cause de l'infiltration sanguine. Les vésicules sont plus volumineuses et plus vasculaires ; pour cette raison, quoique la malade puisse en revenir, il peut se former des kystes. Dans un plus haut degré d'inflammation l'ovaire est plus gros, plus mou et plus facile à déchirer ; il est infiltré en partie par de la sérosité, quelquefois il est jaune, quelquefois sanguinolent. Ensuite, le pus peut s'infiltrer ou former un abcès qui, dans quelques cas, s'est ouvert dans l'utérus, dans la vessie, dans les intestins, ou même à l'extérieur. On trouve aussi des cas où les symptômes aigus se calment, ou peut-être n'ont jamais été trop loin, et la malade vit des mois entiers ou plus longtemps, en ressentant plus ou moins de douleur dans le bas-ventre et des symptômes du côté de la vessie, etc., et, après la mort, on trouve un ou plusieurs petits abcès dans les ovaires et dans les viscères du bassin, qui souvent sont mêlés avec les intestins qui les recouvrent. On a considéré comme le résultat d'une inflammation chronique une induration simple et blanche ; mais elle peut survenir sans aucun symptôme préalable. Si le traitement n'a pas été d'abord actif de manière à détruire l'inflammation dès le premier abord, il ne reste plus dans la seconde période qu'à pallier les symptômes ; mais même ce traitement peut procurer beaucoup de soulagement et prolonger la vie. Les prostituées ont quelquefois les ovaires gros et convertis en une masse rougeâtre et spongieuse avec peu d'apparence de vésicules.

SECTION XLIII. — *Absence des ovaires.*

Les ovaires peuvent manquer d'un ou des deux côtés, ou ils peuvent être extrêmement petits. Dans ces cas, il arrive quelquefois que l'accroissement des parties externes s'arrête de bonne heure, et que l'on ne voit point les marques de la puberté, l'ovaire peut faire partie d'une hernie.

SECTION XLIV. — *Maladie des trompes et des ligaments.*

Les trompes peuvent manquer ou être imperforées, ou elles peuvent être le siége d'une hydropisie quelquefois très-étendue ; les deux extrémités étant fermées, l'adhérence a lieu quelquefois entre l'extrémité frangée et l'ovaire ; une sécrétion muco-purulente peut aussi avoir lieu, et si elle s'écoule par l'utérus, on la suppose constituer une espèce de leucorrhée. Les trompes sont aussi enveloppées dans beaucoup de maladies des ovaires.

Les ligaments ronds peuvent prendre part aux maladies de l'utérus, ou peuvent avoir des maladies semblables, qui ont leur siége primitif dans les ligaments. Quand ils sont malades, la douleur se fait sentir à l'anneau du muscle oblique, et quelquefois on peut y constater un gonflement.

CHAPITRE XI.

DE LA MENSTRUATION.

On appelle *menstrues* l'écoulement périodique d'un liquide sanguin qui vient tous les mois de l'utérus ; et tant qu'il dure, on dit que la femme est dérangée ou malade.

Dans quelques cas, les règles arrivent, lors de la puberté, sans aucune indisposition préalable ou concomitante ; mais, le plus ordinairement, elles sont précédées de sentiments de malaise, très-souvent de troubles dans l'estomac et dans les intestins, de douleurs dans le dos et dans le bassin, et de différents symptômes du côté de la matrice. Ces troubles, qui sont plus ou moins grands chez les différentes personnes, se calment graduellement ; mais au bout d'un mois ils reviennent avec plus d'intensité, accompagnés de coliques, de fréquence du pouls, quelquefois de chaleur à la peau et de nausées. Alors survient par le vagin un écoulement d'un liquide séreux, légèrement rouge, mais il ne devient pas parfaitement sanguin. Pendant les premières périodes, quand l'écoulement paraît, les symptômes s'apaisent, mais souvent il reste une très-grande faiblesse, et un cercle noir entoure les yeux. Au bout de quelque temps, la jeune fille est réglée, souvent sans autres troubles qu'une légère douleur au dos, quoique quelquefois pendant toute sa vie elle éprouve un grand nombre des premiers symptômes chaque fois qu'elle a ses règles ; et toutes les femmes, à la période menstruelle, sont plus sujettes qu'à toute autre époque aux troubles spasmodiques et hystériques. En faisant attention à l'origine et au rapport des nerfs utérins, on expliquera facilement les douleurs qui

accompagnent la menstruation, ainsi que les troubles de l'estomac, l'irritation générale du système et les sympathies particulieres qui apparaissent. On peut aussi comprendre les mauvais effets qui suivent les efforts infructueux pour établir la menstruation, et les maladies graves qui sont produites, telles que l'épilepsie, les hémorrhagies de l'estomac qui remplacent les règles ou se montrent en même temps qu'elles. Il faut se rappeler que l'utérus a deux sortes de nerfs, les uns viennent du sympathique, les autres de la moelle épinière. Quand ces derniers sont malades, non-seulement de la douleur se fait sentir au dos, mais dans certains cas il y a de la sensibilité dans un ou plusieurs endroits, avec de la fièvre, de la douleur dans les côtés ou aux jambes; ou si la lésion s'étend bien haut le long de la moelle épinière, l'œsophage ou l'estomac peuvent être très-sensibles, de sorte que les aliments causent de la douleur jusqu'à ce qu'ils soient sortis de l'estomac. Quand la fonction de la menstruation est sur le point de s'établir, il survient quelques changements qui annoncent l'âge de la puberté. L'utérus s'étend et prend la forme qu'il a chez l'adulte ; le vagin s'élargit et le mont de Vénus s'arrondit, se recouvre de poils, le bassin s'élargit et change de forme, la substance glandulaire des seins se déploie, et la partie cellulaire augmente de quantité. En même temps les puissances mentales deviennent plus fortes, et de nouvelles passions commencent à fermenter dans le cœur de la femme.

L'âge où commence la menstruation varie selon les individus et aussi suivant les différents climats. On a regardé comme une règle générale que plus le climat est chaud plus tôt la menstruation s'effectue et plus tôt aussi elle cesse; mais cette règle ne paraît être exacte que dans des bornes plus rétrécies qu'on ne l'a supposé d'abord. Dans les parties tempérées de l'Europe, l'âge le plus commun où les règles paraissent, c'est quatorze ou quinze ans (1). Dans ce pays, la menstruation cesse vers la quarante-quatrième année, et elle dure pendant un espace d'environ trente ans; mais dans quelques cas elle a continué jusqu'à près de soixante ans.

La quantité de sang qui s'écoule varie aussi suivant les climats et la constitution de la femme. Dans ce pays, la femme perd depuis quatre jusqu'à huit onces à chaque époque menstruelle; mais l'écoulement ne se fait pas brusquement ; il arrive lentement pendant trois ou quatre jours. Quelques femmes perdent moins et sont indisposées pendant un moins grand espace de temps ; d'autres ont des règles plus abondantes qui durent une semaine. Généralement la perte est moindre les premiers que les derniers jours ; la plupart sont réglées régulièrement toutes les quatre semaines ; mais quelques femmes le sont toutes les trois ou bien toutes les cinq semaines.

Les menstrues sont supprimées pendant la grossesse et l'allaitement; mais si ce dernier est long-temps continué, les règles reviennent et le lait disparaît ou devient mauvais. L'écoulement sanguin paraît être produit par les artères utérines qui s'ouvrent sur la surface de la cavité du corps et du fond de la matrice ; mais ce n'est pas une extravasation ni une hémorrhagie; car quand il est recueilli, il ne se sépare pas dans les mêmes parties que le sang et ne se coagule point. Dans un grand nombre de cas une quantité considérable a été gardée pendant quelques mois dans l'utérus et le vagin, mais on ne l'a jamais trouvé en caillots, quand ce liquide a été évacué. Il contient très-peu de fibrine, et M. Brand prétend que c'est une solution de la matière colorante du sang dans du sérum étendu. Pendant la menstruation l'utérus devient plus volumineux. On a attribué les règles à l'influence de la lune, à l'opération d'une fermentation dans le sang ou dans l'utérus, à l'action d'une pléthore générale ou locale, et à l'existence d'une action sécrétoire dans la matrice. La dernière de ces suppositions est l'opinion la plus probable ; mais comme ce livre est écrit pour la pratique, j'éloigne la discussion des théories et des spéculations. L'usage de la menstruation paraît être de conserver la matrice dans un état convenable pour la fécondation, du moins l'on sait que la présence des règles est généralement nécessaire à la conception et en indique la possibilité.

Quoique toutes les différentes parties

(1) M. Roberztson a publié un écrit sur ce sujet, dans le North of England med. and surg. journ., dans lequel se trouve une table où il paraît que le plus grand nombre des femmes commencent à être réglées dans leur quinzième année, puis dans leur quatorzième, puis dans leurs seizième, dix-septième et treizième.

du corps soient combinées en un seul système et dépendent de l'action d'un principe général, cependant ces organes particuliers forment des systèmes séparés, agissant suivant leurs propres lois et en conséquence d'une force vitale particulière qu'ils possèdent; et le fait n'est point altéré, soit que nous en rapportions la cause à la nature de l'organe lui-même, ou bien à cette portion de la moelle qui fournit des nerfs à cet organe. Il est tellement lié avec le système général et en dépend tellement, que, d'un côté, il est sous son contrôle et il a besoin de son support, et de l'autre il peut exercer une influence plus ou moins active suivant sa nature. L'utérus forme non-seulement un système agissant par sa propre vitalité et suivant ses lois ou sa constitution propre, mais aussi il est intimement lié avec le système général et avec les autres organes. La particularité de la constitution de la femme consiste en ceci, que non-seulement en général elle est plus susceptible que celle de l'homme, mais elle renferme en elle deux systèmes individuels très-délicats : savoir les seins et l'utérus, qui peuvent, surtout le dernier, produire une foule de troubles qui influent sur la santé générale aussi bien que sur d'autres organes et d'autres systèmes. Ainsi, lorsque j'admets que l'utérus est souvent affecté par l'état de la constitution et éprouve des troubles symptomatiques dans ses fonctions, je dois soutenir en même temps que dans beaucoup d'autres cas l'utérus est primitivement affecté, et que cette affection est la cause et non la conséquence d'une mauvaise santé. Je remarquerai en outre que c'est tout-à-fait se tromper que de supposer que, lorsque la menstruation ne se fait pas convenablement, l'utérus est dans un état de simple débilité ; une grande faiblesse peut empêcher un organe de remplir ses fonctions, mais l'on trouve très-peu d'exemples de simple faiblesse soit dans la constitution, soit dans les organes. Il s'y ajoute presque immédiatement un état d'excitation ou du moins de désordre d'où, sous des circonstances peu différentes en apparence, on peut avoir dans un cas une aménorrhée et dans un autre une métrorrhagie.

L'action de la menstruation a un effet sur le système vasculaire et nerveux, sur l'estomac et sur les intestins. Toutes les parties sensibles ou malades sont empirées, et à l'œil nu leurs vaisseaux sont plus gonflés. Avant ou pendant la menstruation, le système nerveux est plus irritable, les affections convulsives du corps ou les aberrations de l'esprit sont plus fréquentes à cette période que dans un autre temps. L'estomac peut être affecté de nausées et de vomissements violents, ou, par sympathie avec la peau, il peut produire une urticaire, tandis que les intestins, pendant un jour ou deux avant la menstruation, sont quelquefois très-gonflés et constipés, ou, pendant la période elle-même, ils sont atteints de spasmes.

Comme la constitution de la femme est plus irritable pendant la menstruation qu'en tout autre temps, et comme les troubles effectués dans l'économie ou dans les organes particuliers pendant cette époque peuvent réagir sur le mode naturel de l'action utérine, c'est une coutume générale et convenable parmi les médecins, et une pratique en harmonie avec le préjugé des femmes elles-mêmes, de ne point administrer des médicaments actifs pendant le cours des règles. Il convient aussi d'éviter autant que possible les aliments indigestes, la danse dans les appartements chauds, l'exposition brusque au froid et l'agitation de l'esprit, surtout chez les constitutions hystériques ; en négligeant ces précautions, l'action peut être brusquement supprimée, ou des affections spasmodiques et pénibles peuvent être produites : pour plus de détails, je renvoie au chapitre suivant.

CHAPITRE XII.

DE L'HYSTÉRIE.

Quoique l'hystérie ne soit pas un état maladif de la menstruation, cependant comme elle accompagne généralement les troubles de cette fonction, et que c'est une maladie fréquente et douloureuse à laquelle les femmes sont sujettes, il sera convenable de la décrire ici brièvement.

Dans le paroxysme hystérique bien marqué, la malade éprouve dans quelques parties de l'abdomen, plus souvent vers la région ombilicale ou dans le côté gauche, entre cette région et l'estomac, une sensation douloureuse ou pénible, qui s'étend par degrés, et la malade sent comme une boule qui glisse. Cette boule remonte, et par degrés elle atteint le

gosier et gène la respiration au point de donner la sensation d'un corps rond dans l'œsophage, obstruant le passage de l'air, et, comme l'observe Van-Swieten, le gosier paraît quelquefois réellement distendu. La malade tombe alors dans des convulsions et paraît être très-gênée dans la respiration ; elle pousse de temps en temps des cris comme le chant d'un coq, ou elle sanglote violemment, ou bien on remarque un spasme dans les muscles de la respiration. La malade est ordinairement pâle, souvent insensible, du moins pendant une partie de l'accès; mais quand elle revient, elle a non-seulement la conscience d'avoir été malade, mais celle de beaucoup de choses qui se sont passées dans un état d'insensibilité apparente. Après avoir causé quelque temps un état d'agitation considérable du côté des organes musculaires, la maladie se calme et la femme reste languissante et faible ; mais peu à peu elle revient et reprend alors sa santé ordinaire. Ce retour est accompagné d'éructation, ce qui arrive souvent pendant le paroxysme, et souvent aussi d'un écoulement d'urines limpides que Sydenham considère comme le symptôme pathognomonique de l'hystérie. Le mal de tête survient aussi après un accès.— Outre qu'elle produit ces paroxysmes réguliers, l'hystérie occasionne encore plus souvent une foule de sensations pénibles dont la variété n'admet point de description. De ce genre sont les maux de tête violents affectant seulement une petite partie de la tête, les spasmes soudains des intestins, la dyspnée avec ou sans apparence de croup, et quelquefois suivie d'une voix croupale ; des tremblements irréguliers, des bouffées soudaines de chaleur, des douleurs spasmodiques, des palpitations, de la syncope, etc. Ces symptômes, s'ils sont violents et fréquemment répétés, s'accompagnent souvent d'un abattement ou d'une timidité d'esprit très-grande.

Je crois pouvoir dire que l'hystérie est la conséquence de l'excitation des nerfs à leur origine ; elle peut être produite soit lentement par quelque cause agissant directement sur ces origines, ou plus rapidement par la sympathie provenant de l'irritation de leurs extrémités. C'est particulièrement le cas, par rapport à la huitième paire et au grand sympathique ; mais cette remarque est vraie aussi pour tout le cordon de la moelle. Quand l'origine des nerfs est directement affectée, ou quand une forte action artérielle ou même une congestion veineuse y existent, la maladie produite passe trop souvent pour le cas ordinaire de l'espèce la plus simple d'hystérie, que l'on traite en conséquence par des anti-spasmodiques (1) ; mais la rapidité extraordinaire du pouls ou sa lenteur bien marquée avec des yeux ternes, une figure animée, de la chaleur à la peau, de la douleur ou

---

(1) Je considère le paroxysme ordinaire d'hystérie, aussi bien que la forme la plus violente et la plus dangereuse de cette maladie, comme dépendant en grande partie de l'état des vaisseaux de la base du crâne et du canal médullaire. La moelle est largement fournie de sang par les artères vertébrales, intercostales, lombaires et sacrées, outre l'artère spinale qui descend de la vertébrale au dedans du crâne; mais la congestion est plus fréquente dans la circulation veineuse qui est si compliquée. Il y a quatre veines spinales longitudinales : deux antérieurement et deux postérieurement; les antérieures, une de chaque côté, sont formées par les sinus qui occupent les espaces entre les ouvertures intervertébrales. Chaque sinus communique avec celui qui est au-dessus et celui qui est au-dessous, de manière à former un canal continu, mais non uniforme. Les veines postérieures sont plus petites et ne forment pas aussi distinctement des sinus séparés; toutes les deux communiquent librement sur la surface de la dure-mère, de manière à former un plexus antérieur et postérieur plus compliqué dans la région cervicale et lombaire que dans la région dorsale. De plus, il y a un plexus sur la surface de l'arcade postérieure de l'atlas qui communique avec le plexus vertébral, avec les sinus transverses, avec la veine occipitale postérieure, aussi bien qu'avec la jugulaire et le plexus spinal déjà décrit. L'étendue et l'intimité de cette communication méritent d'être notées. Les veines longitudinales, le long de l'épine, reçoivent aussi postérieurement les dorso-spinales qui viennent de la partie externe du dos, et en avant les basses-vertébrales qui viennent des os eux-mêmes. Elles communiquent aussi antérieurement à chaque espace intervertébral, et, en d'autres termes, elles se terminent dans les veines vertébrales, intercostales (se terminant dans l'azygos), lombaires et sacrées. L'influence du système utérin et des viscères abdominaux sur la circulation veineuse, en rapport avec la moelle épinière, est à la fois évidente et importante.

un sentiment pénible de pesanteur à la tête avec trouble dans le cerveau, tout cela annonce une maladie plus terrible et plus intraitable. La saignée immédiate, plutôt générale que locale, peut seule arrêter efficacement les progrès de cette maladie; en même temps, si les attaques sont fréquentes, il ne faut pas recourir à la lancette, mais l'éviter, s'il est possible. Il vaut mieux appliquer des ventouses derrière le cou ou entre les épaules; et si ces moyens sont négligés dans le début même, il surviendra une série de symptômes qui ressemblent plutôt à l'épilepsie qu'à l'hystérie. Dans les accès aigus du vertigo, l'emploi de la saignée ou des ventouses, et non des sangsues, apporte un prompt soulagement, et la malade se sent comme débarrassée d'un poids qu'elle avait sur la tête, quoique auparavant elle dît ne point éprouver cette sensation. On appliquera un vésicatoire à la nuque, si les symptômes continuent, et il peut être nécessaire d'en entretenir une partie. Le sentiment de défaillance est soulagé surtout par la teinture ammoniacale de valériane. Si les troubles persistent, il faut examiner l'épine de temps en temps, et s'il y a une place qui soit sensible, l'application de sangsues ou d'un cautère en cet endroit sera très-utile. On devra examiner surtout la partie inférieure des vertèbres lombaires et la portion supérieure du sacrum, vu que certains nerfs sacrés se rendent à l'utérus, et sont sujets à être irrités dans les affections de cet organe; et comme aussi ils communiquent avec le plexus hypogastrique, il peut y avoir des sympathies plus étendues. Il ne faut jamais oublier que la douleur de tête avec vertige et faiblesse peut naître d'une affection de quelque partie même très éloignée de la moelle. On emploiera les purgatifs avec persévérance: la guérison est souvent précédée de selles noires très-fétides. — Pendant un simple accès hystérique, on placera la malade dans une position convenable, on donnera un libre passage à l'air frais, on arrosera la face avec de l'eau froide, on placera sous les narines des sels volatils, et si la malade peut avaler, on lui administrera trente gouttes de teinture opiacée, avec la même ou une plus grande quantité d'éther, ou avec une cuillerée à café de teinture ammoniacale de valériane dans une infusion carminative. Ces mélanges sont les remèdes les plus puissants dans les différentes affections hystériques ci-dessus énumérées, lorsqu'il n'y a point d'excitation vasculaire ni de congestion locale. Les lavements d'assa-fœtida sont quelquefois utiles.

Dans le début d'un paroxysme hystérique régulier ou même d'un paroxysme où se mêle un peu de la maladie ci-dessus décrite, on a arrêté souvent les progrès ultérieurs en épongeant la partie douloureuse de la tête et le corps avec de l'eau froide. Je puis ajouter: 1° que la douleur locale est souvent enlevée par des sinapismes avec ou sans opium à l'intérieur; 2° que les grands troubles des organes de la respiration, s'ils sont accompagnés d'un pouls plein et fréquent, sont plus tôt calmés par la saignée que par les anti-spasmodiques, et c'est une grande erreur de supposer que le simple nom d'hystérie puisse rendre impuissant un remède que l'expérience et les principes généraux de la pathologie montrent si souvent efficace; 3° quoique la saignée soit convenable dans les cas urgents, il ne faut pas y avoir recours trop souvent, mais calmer les paroxysmes en surveillant l'état des intestins, en employant les médicaments fétides ou les doux toniques; 4° dans les accès répétés de respiration spasmodique, comme le croup, on pourra essayer l'effet d'un émétique avant de tirer une seconde fois du sang, surtout si la saignée a été faite depuis peu. Après l'effet de l'émétique, on peut donner une dose convenable de teinture opiacée, et l'on différera l'emploi de la lancette jusqu'après qu'on aura vu les effets de ces moyens; en même temps la malade ne court aucun danger de mourir; 5° un état comateux requiert une saignée générale ou locale, ou un sinapisme à la nuque, suivant l'état de la malade, et suivant les évacuations déjà faites; 6° les mouvements irréguliers du cœur, ou les palpitations, demandent, pendant l'attaque, l'emploi d'éther et d'opium; mais si ces médicaments sont inefficaces et si le malade est pléthorique, il faudra retirer un peu de sang.

On cherchera à prévenir les accès réguliers d'hystérie, ou les symptômes particuliers, en maintenant le ventre libre et même en donnant pendant quelque temps, tous les jours, des purgatifs assez énergiques qui agissent puissamment sur l'état des nerfs d'une manière immédiate, et qui rendront la circulation veineuse plus active, de manière à enlever la congestion. Ensuite on a recours aux préparations ferrugineuses, au quinquina ou à

d'autres toniques, avec un exercice modéré et les bains froids, s'ils ne produisent pas de la langueur, du refroidissement et un mal de tête. On empêchera autant que possible l'esprit de s'appesantir sur la maladie, car dans l'hystérie, la malade est souvent mélancolique, et anticipe sur bien des maux. Les antispasmodiques sont quelquefois, mais pas toujours, de quelque utilité, comme la valériane, le castoreum, l'assa-fœtida, etc. Si la menstruation est irrégulière, il faut autant que possible la régler par des remèdes convenables. La nourriture sera légère, et on cherchera à améliorer la santé générale. — L'hystérie peut se montrer dans le cours d'autres maladies, ou dans la période de la convalescence. Dans le premier cas, elle peut occasionner quelques changements dans les progrès réguliers, ou dans la série des symptômes de la maladie, et, ce qui est à craindre, elle détourne l'attention du médecin des points plus sérieux du mal.

CHAPITRE XIII.

DES ÉTATS MALADIFS DE LA MENSTRUATION.

SECTION I. — *Aménorrhée.*

L'aménorrhée, ou l'absence des règles a été divisée en rétention, et en suppression des règles. Par le premier mot l'on doit entendre que les menstrues n'ont pas encore paru, et qu'elles ont demandé plus de temps que d'ordinaire à s'établir; la seconde expression signifie l'interruption de l'action qui a déjà été établie, et jusqu'alors accomplie. Celle-ci peut se subdiviser en menstruation supprimée et en menstruation arrêtée, appelée communément obstruction. — La rétention des règles est très-souvent accompagnée de chlorose, qui signifie en médecine simplement une teinte verte de la peau, sans égard à la cause, et par là quelques auteurs l'appliquent aux différentes affections des deux sexes; mais généralement l'expression est limitée à cette modification de l'aménorrhée qui est suivie d'une teinte cendrée ou d'une couleur verdâtre de la peau. L'affection des nerfs d'un organe dérangé peut produire directement et indirectement un effet sur l'origine des autres nerfs qui causera des troubles dans les parties éloignées du siége de la maladie. Ceci, entre autres exemples, est bien prouvé par l'influence produite sur les cinquième et huitième paires, qui agit sur la sensibilité et l'expression de l'œil, altère la figure et répand une couleur noire au-dessous des yeux. La langue est altérée dans sa sensibilité, dans sa membrane et même dans son volume. Tout pathologiste a dû remarquer le changement de couleur à la peau dans les maladies des viscères, soit organiques ou simplement fonctionnelles, et ceci est toujours très-évident dans un trouble de la circulation cutanée qui, s'il n'y avait pas de teinte morbide, produirait une simple pâleur. La chlorose dépend de l'altération du corps muqueux, produite par les nerfs cutanés, et cela ne s'observe que lorsque cette substance existe; quand la couleur verdâtre dépend de l'état du sang ou de son mélange avec la bile, le blanc de l'œil est atteint, ce qui n'arrive pas dans la chlorose. Ce sujet a été jusqu'alors trop peu étudié pour qu'il conduise à quelque exactitude dans le diagnostic; cependant il est probable que lorsque la couleur est très-altérée, l'utérus lui-même est plus directement attaqué que lorsqu'il y a plus de pâleur, qui indiquerait une faiblesse générale. La chlorose est caractérisée non pas tant par la couleur de la peau, car cela n'est pas essentiel à la maladie, et la peau peut être d'un blanc cadavéreux sans une teinte verdâtre, mais par une faiblesse bien marquée de toute la constitution et quelquefois même par un degré de torpeur dans les organes particuliers; il n'y a pas seulement une faiblesse générale dans le système musculaire, mais une fatigue et une langueur dans le corps, avec un esprit agité et peut être des caprices d'enfant. L'œil est morne dans bien des cas. Les lèvres et la langue sont pâles et blanchâtres; la surface cutanée, surtout les extrémités sont froides, le pouls est petit et faible, souvent accéléré, mais pas toujours. Il est aisément agité, et les palpitations surviennent promptement; le sommeil est troublé, l'appétit est détérioré et la malade éprouve un dégoût pour la nourriture, ou du mal de cœur après avoir mangé; ou bien elle est tourmentée par des flatuosités et une gastrodynie. Souvent il y a un désir de prendre des substances indigestes, surtout du plâtre, de la magnésie et même des cendres. Il y a constipation, et les selles sont noires et repoussantes. Le ventre est généralement balloné, peut-être très-

gonflé et d'un volume variable. Les mains et les pieds généralement se tuméfient pendant la nuit, et les paupières, sinon toute la face, sont boursouflées le matin. L'urine est rare mais ordinairement claire, tandis que les forces et les chairs s'affaissent; d'autres symptômes peuvent survenir, tels que des douleurs aiguës, le mal de tête, la suffocation et une suite de troubles hystériques; quelquefois il y a une toux qui se termine par la consomption, ou bien la malade peut être affectée d'une hydropisie générale. Il est bon, du reste, de savoir que les symptômes alarmants et prolongés peuvent disparaître, ce qui a fait penser que la consomption a été plus souvent guérie, qu'elle ne l'a été réellement.

Comme les filles n'arrivent pas toutes à l'âge de puberté dans la même année, les règles peuvent mettre plus de temps à paraître chez quelques femmes que chez d'autres, et, dans ces cas, le retard n'entraîne aucune gêne particulière. Si la femme, quoique approchant de sa vingtième année, a une forme encore enfantine, l'on peut être sûr que la matrice n'est pas encore développée, et qu'aucun médicament ne peut provoquer la sécrétion. Mais lorsque la rétention provient d'autres causes, il faut la considérer comme une maladie, et souvent l'attribuer à un manque général de vigueur dans le système, qui non-seulement s'oppose à la formation d'une nouvelle action, mais entrave aussi celles qui se sont déjà établies; mais, dans d'autres cas, l'absence des règles dépend d'une mauvaise conformation des organes de la génération, de l'absence des ovaires et d'un développement imparfait ou d'un manque particulier d'énergie dans cet organe. J'ai, dans mes remarques sur la menstruation, fait observer l'individualité du système utérin et qu'il peut, comme les autres organes distincts, éprouver une lésion ou un trouble direct dans ses fonctions ou dans son action. Nous avons vu qu'il était fourni de deux sortes de nerfs, le sympathique et le sacré; et si nous admettons que le premier est destiné à la fonction, l'on peut concevoir plus promptement comment un état morbide de l'utérus peut influer sur tout le système du grand sympathique et sur tous les organes de la digestion. Et quand on considère ensuite tout le rapport avec la moelle épinière par le moyen des nerfs sacrés, l'on ne sera pas en peine d'expliquer un grand nombre d'effets éloignés produits par ce médium; et l'on ne peut hésiter d'admettre le trouble universel aussi bien que varié qui résulte de l'état maladif de l'utérus en le considérant comme une cause première d'excitation, si l'on accorde que les affections des autres organes, tel que le foie, peuvent produire un désordre très-étendu. L'état de la matrice dans l'aménorrhée n'est pas toujours celui d'une simple inactivité, encore moins d'une pure faiblesse; car il peut y avoir des efforts impuissants pour rétablir l'action, ce qui constitue un état d'une nature plus compliquée. Un état de grande faiblesse doit influer sur les fonctions de l'utérus, et peut les suspendre au point de rendre nuls les efforts qu'il fait pour agir; mais, dans un grand nombre d'autres cas, il paraît se faire une action impuissante qui amène un état de désordre, ou d'irritation, ou d'excitation dans la matrice, marqué plutôt par des effets sympathiques que par la douleur. On peut donc admettre deux espèces d'aménorrhée, outre les variétés infinies qui dépendent et qui naissent de la constitution particulière à chaque personne et de l'étendue des sympathies; dans l'une, l'utérus semble inerte, et cause souvent si peu de trouble que la malade n'est ni mieux ni pire qu'avant la puberté. C'est ce qui arrive quelquefois dans les maladies chroniques, accompagnées d'une grande débilité, telle que la consomption, ou bien dans les cas où il y a eu une grande quantité de sang perdu; dans l'autre état, l'utérus n'est point impassible; mais il fait quelque effort pour agir, et il s'ensuit un état d'irritation ou de trouble. La cause immédiate de cette insuffisance n'est point aisément connue; mais l'état existe pendant un temps considérable à l'époque de la puberté, et donne naissance à la chlorose ou à une mauvaise santé. Il peut être produit aussi par des passions tristes, comme un amour malheureux, ou par des causes débilitantes. Si l'on admet que cet état de l'utérus, où se trouvent combinées la faiblesse et l'irritation, du moins une excitation obscure, et quelquefois aussi la torpeur, puisse influer sur l'économie l'on peut comprendre aussi comment une faiblesse générale dans le système, ou une affection particulière de quelques portions du grand-sympathique, ce qui se présente dans un mauvais état de la digestion, peuvent agir sur l'utérus et faire de la maladie une cause pure-

ment symptomatique; et, dans l'un et l'autre de ces cas, il est évident que l'un doit réagir sur l'autre, et augmenter ou entretenir à la fois le trouble général et celui de l'utérus. L'influence frappante de l'état du col et de l'orifice de la matrice sur l'estomac, se voit souvent pendant le travail, par la production des maux de cœur et des vomissements qui arrivent, dans la première période, ou par des effets qui, dans quelques cas, sont invariablement produits, comme en introduisant le doigt au dedans de l'orifice utérin. L'on peut aisément supposer que la réciproque ait lieu, de sorte qu'une certaine condition dans les nerfs de l'estomac peut affecter, soit une partie, ou la totalité de l'utérus.

Il suit de cette remarque que, lorsque la maladie, ou lorsque le trouble est symptomatique, l'on ne peut guérir la malade qu'en améliorant et en fortifiant le système, surtout l'estomac et les intestins, qui ont tant d'influence sur toutes les branches du grand sympathique, même dans l'affection primitive. Si nous avions des médicaments plus sûrement emménagogues que ceux que nous possédons, nous devrions suivre ce plan; et souvent, lorsque nous réussissons, nous devons attribuer nos succès surtout aux moyens généraux qui tendent à améliorer la santé et les forces et à contre-balancer les mauvais effets qui sont produits dans la constitution. Nous recommanderons donc un exercice régulier, proportionné à la force de la malade, l'usage du bain chaud salé tous les jours, suivi de frictions avec de la flanelle sèche ou avec une brosse douce; de se vêtir suffisamment, de porter surtout de la flanelle; de prendre des aliments nourrissants et faciles à digérer, avec une quantité convenable de vin, d'éviter tout ce qui peut répugner ou fermenter, de choisir les médicaments amers et toniques, sous des formes variées, surtout les préparations de fer, telles que les eaux de Chalibées, la teinture d'hydrochlorate de fer, ou le carbonate de fer précipité, seul ou associé à de la myrrhe, ou bien du sulfate de fer avec de la quinine. On a proposé aussi le tanin à la dose de cent grains par jour, mais avec peu de succès. L'emploi de l'eau de Bath à l'intérieur aussi bien qu'à l'extérieur est utile dans l'état chlorotique, à moins que la malade ne soit pléthorique; dans ce cas, les purgatifs doivent être employés d'abord, et ensuite associés, autant qu'il est nécessaire. On peut boire tous les matins une ou deux tasses d'eau chaude, avec autant de gouttes d'acide nitrique étendu qu'il en faut pour donner du goût sans rendre la boisson acide. Dans tous les cas, il faut surveiller les intestins, auxquels il faut donner un état d'activité, sinon de vigueur, par l'emploi régulier et non excessif de laxatifs stimulants, tels que les pilules aloétiques, la teinture composée de séné ou de gentiane, combinée avec la teinture de rhubarbe ou d'aloès, ou bien les pilules d'aloès et de myrrhe avec un grain de sulfate de fer dans chaque. Il ne faut pas employer de fortes doses, et quand les intestins sont vides, une petite quantité d'un laxatif suffit, s'il est aidé le matin par un lavement d'eau chaude. Le bain froid, dans la chlorose, convient rarement, vu qu'il est sujet à être suivi de refroidissement, de mal de tête et de langueur; il n'est utile que lorsqu'il est suivi d'un sentiment de chaleur et de bien être. Le bain chaud est d'une plus grande efficacité, et souvent même, dans la première période, à proportion que les forces augmentent, on peut le rendre plus froid jusqu'à ce que la malade puisse supporter le bain de mer pour consolider sa santé. Outre ces moyens généraux, on a proposé aussi de provoquer plus directement l'action de l'utérus par le mariage, qui est un des meilleurs emménagogues, ou par l'emploi des médicaments qui portent ce nom. Mais, pour la dernière partie de la proposition, je dois observer que, quelques-uns de ces moyens, s'ils sont employés sans précaution, peuvent, par leurs qualités stimulantes, faire du mal: et généralement ils ne réussissent pas sans l'emploi de ceux qui tendent à fortifier et à améliorer l'économie. Si la méthode tonique manquait alors, il faudrait employer les médicaments que je vais mentionner.

Dans les cas où l'utérus est inerte, à cause de la grande débilité générale, comme dans la consomption, l'hémorrhagie, etc., il est évident qu'il ne faut attaquer cet organe que lorsque nous avons enlevé la cause générale. — A ce sujet, je remarquerai en outre que, quoique la débilité soit une cause puissante d'aménorrhée, cependant ce n'est ni la seule cause, ni la condition actuelle d'où dépend l'aménorrhée, car la matrice n'est pas dans un état de simple faiblesse, et nous ne pouvons la faire fonctionner en l'excitant seulement. S'il en était ainsi, les cordiaux et les stimulants lo-

caux produiraient des effets plus marqués qu'ils ne le sont. — La chlorose, qu'elle se produise chez les jeunes filles ou qu'elle succède à l'avortement, à un accouchement laborieux ou à une fièvre, est souvent accompagnée de symptômes qui ressemblent beaucoup à la phthisie pulmonaire. Dans un grand nombre de cas, le pouls reste long-temps fréquent; il y a des sueurs nocturnes, une maigreur considérable, avec de la toux, de la douleur dans la poitrine, et cependant la malade n'est pas phthisique; elle souffre principalement de la débilité, mais, si l'on n'apporte pas une grande attention à améliorer la santé, la maladie peut se terminer par la consomption; et de là un grand nombre de femmes phthisiques datent le commencement de leur maladie d'un avortement ou d'un accouchement suivi d'hémorrhagie. Dans la chlorose, les symptômes sont produits, non par une affection pulmonaire préalable, mais par quelque autre cause évidente de faiblesse. Le pouls, quoique fréquent, n'est pas sujet au même paroxysme régulier, comme dans la fièvre hectique; une forte inspiration ne cause pas de douleur et provoque peu à la toux. La malade peut se coucher également sur l'un ou l'autre côté; la toux n'est point augmentée par le mouvement ni quand la femme se couche, mais elle est souvent plus fréquente le matin et s'accompagne d'une légère expectoration de mucosités. Elle n'est pas courte comme celle qui est provoquée par les tubercules, mais elle survient par accès, et quelquefois elle est convulsive, pendant que des palpitations et beaucoup de troubles hystériques, avec un esprit timide et abattu, accompagnent ces symptômes. Il y a généralement de la constipation, et les digestions se font mal. Le stéthoscope constate aussi que les poumons sont sains.

Dans la chlorose accompagnée des symptômes qui ressemblent à la phthisie, il est très utile de donner de temps en temps un doux émétique, et en même temps de tenir le ventre libre. La myrrhe associée à de l'oxide de zinc est, je crois, d'une efficacité reconnue, et la gomme ammoniaque, donnée sous forme d'émulsion, réussit très-souvent à soulager la toux; l'air de la campagne, l'exercice modéré à cheval, contribueront beaucoup au rétablissement de la santé. Les aliments devront être légers, mais nourrissants; dans beaucoup de cas, le lait convient à la malade, mais il n'est pas nécessaire de supprimer les viandes. La douleur de côté peut être enlevée par l'application d'un emplâtre chaud, et si la toux était considérable, on pourrait employer la scille, comme expectorant, et le soir, en se couchant, la malade prendrait un opiacé. Si la peau est constamment chaude, ou irrégulièrement chaude et froide, sans sueurs qui affaiblissent, le bain chaud sera utile, ou bien l'on donnera de petites doses de jalap. De temps en temps, on peut administrer, pendant la nuit, dix grains de la poudre de Dover. Si la malade est d'une constitution phthisique, et que les symptômes augmentent ou persistent, il sera convenable de l'envoyer dans un pays plus doux, ou vers le sud de l'île. Les emménagogues sont inutiles ou pernicieux. — La rétention des menstrues peut survenir dans un état de pléthore. La chlorose existe rarement dans ce cas-là. La constitution est meilleure que dans le premier état, quelquefois même florissante, et les symptômes qui l'accompagnent sont d'une nature différente; il y a souvent un mal de tête pesant, des étourdissements, des palpitations, des pétéchies, et généralement un pouls plein, à moins qu'il n'y ait quelque degré d'œdème. Si les symptômes sont violents et aigus, il sera bon de commencer le traitement par la saignée, ou sinon de procéder de suite à l'emploi de laxatifs, d'abord actifs, sans toutefois être violents. Ensuite on donnera des pilules aloétiques, aidées chaque matin d'un verre ou deux d'une faible solution de sulfate de magnésie ou d'eau minérale, à la fois apéritive et diurétique. Les amers sont aussi utiles; la nourriture sera légère, et l'exercice mesuré d'après le degré des forces. Après quelque temps, s'il est nécessaire, on leur associera un emménagogue.

La suppression des menstrues peut avoir lieu de deux manières: ou les règles peuvent être arrêtées tout-à-coup dans leur cours, ou bien leur retour peut être empêché par l'action préalable de certaines causes. On peut nommer la première une menstruation arrêtée, et elle est produite principalement par les causes qui peuvent agir puissamment et promptement sur le système nerveux ou vasculaire. Les plus fréquentes de ces causes sont les passions violentes de l'esprit et l'application du froid sur la surface du corps, ou la position verticale,

ou une marche trop long-temps prolongée, surtout si la malade est délicate. L'effet est d'arrêter le cours des règles et de produire une grande douleur dans la région de l'utérus, avec des spasmes de l'estomac ou des intestins, de violentes affections hystériques, et souvent une fièvre assez forte, peut-être aussi les symptômes inflammatoires décrits dans le chapitre X, section XXVe. Après que ces troubles sont calmés, la matrice peut être encore tellement lésée et la santé générale tellement détériorée, qu'il se passe bien des mois avant que la menstruation ne paraisse. Les moyens les plus efficaces pour combattre ces symptômes aigus, c'est le bain de siége, de fortes doses de laudanum, associé avec l'ipécacuanha, le jalap salin et des boissons délayantes chaudes. On donnera un lavement pour débarrasser les intestins, et, s'il est nécessaire, on le fera suivre d'un purgatif. Si l'estomac ne peut supporter le laudanum, il faut le donner en lavement avec un peu d'assa-fœtida, et frictionner le ventre avec une teinture de savon et d'opium. On y appliquera un cataplasme ou un emplâtre de poix de Bourgogne. S'il existe des symptômes fébriles, surtout s'il y a un peu de douleur dans la région de l'utérus, qui dénote un état d'action voisin de l'inflammation (1), on pratiquera une petite saignée, ou du moins on appliquera des sangsues en grand nombre au pubis ou au dos, avant l'emploi des autres moyens. Si les règles ne reviennent pas à la seconde époque, il faut agir comme je le dirai dans la suite.

Le retour des menstrues aux époques régulières peut être empêché par des causes qui ont agi dans l'intervalle des règles. Cette absence, que l'on a appelée *obstruction*, est naturellement produite par la grossesse et généralement par les maladies qui tendent à affaiblir beaucoup les personnes. On reconnaît bientôt la première de ces causes à ses effets particuliers ; dans la seconde, on prend l'effet pour la cause, en attribuant le mauvais état de la santé à l'absence des règles ; de là, on cause souvent beaucoup de mal en administrant des médicaments stimulants: mais, dans ces cas, on trouvera, après une investigation sérieuse, qu'avant que les règles ne se soient supprimées, la malade avait commencé de se plaindre. Chez elle, l'irrégularité des menstrues est symptomatique et indique généralement une grande faiblesse, ou une incapacité de remplir parfaitement la fonction, produite peut-être par une grande fatigue, une mauvaise nourriture, la perte de sang ou par un écoulement abondant et long, par une fièvre hectique ou par la dyspepsie. En même temps, il est aussi certain que dans un grand nombre de cas l'opinion de bien des gens qui croient que la mauvaise santé est produite par l'obstruction des règles est exacte. L'avortement répété ou des excès dans les plaisirs vénériens peuvent de cette manière rendre l'utérus incapable de remplir sa fonction, quoique la santé générale ne soit point altérée pendant un long espace de temps. L'existence aussi d'une action anormale dans la matrice peut arrêter la menstruation : de là, l'apparition d'une espèce de flueurs blanches, qui, partant de la cavité de la matrice, cause quelquefois une suppression de règles.

Les effets immédiats et éloignés de la suppression sont considérablement modifiés par l'état préalable de la constitution, particulièrement eu égard à l'irritabilité et à la pléthore, et aussi par la condition des organes individuels (1), qui, s'ils sont déjà disposés à une maladie, peuvent ainsi tomber plus promptement dans une action morbide. Dans un grand nombre de cas, il y a des nausées, gonflement du ventre et d'autres indices de la grossesse. — Il arrive quelquefois qu'à la suite d'une suppression de menstrues il survient une hémorrhagie par le nez, les poumons ou l'estomac, et ces pertes de sang s'observent quelquefois tous les mois ; mais plus souvent elles paraissent dans des intervalles irréguliers. Les cas rapportés d'écoulements de sang de presque toutes les parties du corps, qui remplaçaient les règles, sont si nombreux

(1) Un cas mortel de ce genre est rapporté par M. Newmann : il y avait peu de traces d'inflammation, mais un épanchement considérable de sérum sanguinolent et des caillots dans le bassin; on ne trouva aucun vaisseau déchiré. (Nouv. journ., tom. XIII, p. 20.)

(1) Baillov a observé qu'à la fois chez les jeunes filles et les femmes âgées, lorsque les règles sont supprimées ou irrégulières, la rate se gonfle quelquefois, et rentre à l'état naturel lorsque les règles deviennent irrégulières. (De virgin. et mulier. morbis., tom. IV, p. 75.)

que je pourrais remplir toute une page de leurs simples citations. Quand la suppression des règles arrive à la suite de quelque maladie chronique invétérée, telle que la consomption ou l'hydropisie, il serait à la fois inutile et dangereux de chercher par des médicaments stimulants à rétablir la menstruation. Mais, dans les cas où les règles sont supprimées à la suite de quelque cause facile à détruire, et, en un mot, s'il n'y a pas de signes d'une autre maladie incurable, il est bon d'intervenir, vu que la suppression est une source d'anxiété pour la malade, une cause d'une plus grande lésion, et vu aussi que les moyens rationnels pour rappeler les règles tendent à améliorer la santé.

Il est impossible de traiter cette maladie avec succès, si l'on ne remonte pas à la cause autant qu'elle peut être découverte, et si l'on ne cherche pas à savoir si la suppression est primitive ou sympathique. A ce sujet, pour éviter toute répétition, je renvoie à tout ce qui a été dit touchant la rétention. La suppression, soit primitive ou symptomatique, peut survenir dans deux états différents de la constitution. Quand elle se présente dans un état de débilitation, les symptômes et les apparences ressemblent plus ou moins à ceux qui sont décrits dans le chapitre de la rétention, variant toutefois dans les différents cas pour le degré et la combinaison. L'on rencontre aussi moins fréquemment la chlorose parfaite, mais très-souvent un tein clair et même quelque degré de fraîcheur combinée avec une faiblesse générale de l'économie, aussi bien que des organes particuliers. — Le traitement doit être basé sur les mêmes principes, et, s'il n'y a point d'indications particulières à remplir, il faut suivre la méthode tonique et fortifiante dans toutes ses branches, mais surtout celle qui agit plus spécialement sur l'estomac et les intestins.

En même temps que l'on emploiera les toniques, il sera bon d'avoir recours à l'usage des emménagogues, comme la sabine (1), l'ellébore (2), la garance, la myrrhe, la graine de moutarde, le gaïac, la valériane, l'iode, les cantharides ou l'acide nitreux ; et, de tous ces médicaments, les trois premiers sont les plus actifs. On a employé l'ergot de seigle, mais je ne puis soutenir son efficacité. On a proposé d'injecter trois fois par jour dans le vagin un mélange composé d'un gros d'ammoniaque liquide et de huit onces d'eau ; mais il ne paraît pas que cela fasse beaucoup de bien vers l'époque où les règles doivent paraître ; il est quelquefois avantageux de donner un léger émétique ou de faire usage de grands bains chauds, de bains de siége ou de bains de pied. On a appliqué vers cette époque, mais sans aucun succès, des tourniquets aux cuisses ; l'électricité dirigée de manière à agir sur l'utérus est rarement utile. On a appliqué aussi des vésicatoires aux cuisses ; mais il en est résulté plus de douleur que d'utilité. — Quand avec une suppression de règles il y a de la pléthore, et surtout un état fébrile marqué par une peau chaude, un pouls fréquent, un teint animé, des douleurs irrégulières dans la poitrine et dans le ventre, les médicaments stimulants sont nuisibles. Dans cet état, il est utile de tenir le ventre libre par l'emploi journalier de quelque purgatif salin, dissous dans une assez grande quantité d'eau ; et, s'il y a de la dyspnée avec douleur dans la poitrine, augmentée par la respiration, il sera convenable de tirer un peu de sang ; si la peau restait encore chaude, le jalap ordinaire sera d'une grande utilité. Après avoir enlevé les symptômes fébriles, on peut tirer un grand avantage d'une combinaison de myrrhe d'oxide de fer et de bicarbonate de potasse ; et si l'on croit les emménagogues utiles, on emploiera de préférence l'ellébore noir. Quelque temps après, on peut lui associer la teinture composée de sabine. Les pilules aloétiques sont le meilleur purgatif. — Dans les constitutions molles et relâchées chez lesquelles la sérosité tend à s'épancher, les laxatifs, la scille et les préparations d'acier, joints à un exercice régulier et à de fréquentes frictions sur tout le corps, sont des médicaments qui conviennent en général.

SECTION II. — *Formation d'un tissu organique.*

Il arrive quelquefois que l'utérus, au lieu de sécréter un liquide tous les mois,

(1) On peut donner trois fois par jour, depuis cinq jusqu'à dix grains de la poudre des feuilles de sabine, ou un gros de la teinture composée, en deux fois par jour.

(2) On peut donner un gros de la teinture deux ou trois fois par jour.

forme une substance membraneuse ou organique qui est expulsée avec douleur et hémorrhagie, comme dans l'avortement. Morgagni (1) décrit cette maladie avec beaucoup de soin : la membrane, dit-il, est triangulaire et correspond à la forme de la cavité utérine. La surface interne est douce au toucher et paraît contenir un liquide, et elle en contient un, ce dont je ne doute pas d'après mes propres observations ; sa surface externe est rude et irrégulière. Suivant Morgagni, l'expulsion est suivie de lochies. — Le docteur Denmann suppose que la personne atteinte de cette maladie ne peut concevoir ; mais quelques cas, entre autres ceux qui sont rapportés par Morgagni, démentent cette opinion. On a essayé, mais sans grand résultat, le mercure, le quinquina, [illegible], la myrrhe, les injections. La continuation de purgatifs actifs, mais non violents, l'emploi quotidien de bains de mer chauds avec la décoction de salsepareille, forment peut-être la méthode générale que l'on puisse suivre. Quand les douleurs commencent à se faire sentir, on devra donner une dose de poudre d'ipécacuanha composée, et on en aidera les effets par des boissons chaudes. La connaissance de cette maladie peut être très-importante pour le moral des individus. Chaussier cite un cas où cette membrane se présentait avec douleur à l'orifice de l'utérus, et fut entièrement retirée avec les doigts ; elle était large comme une figue et remplie d'un liquide sanguinolent. Collomb décrit une saillie membraneuse à peu près semblable qu'il prit pour un prolapsus ou une invagination de la membrane interne de l'utérus, et qui fut ôtée par une ligature, comme un polype (2).

SECTION III. — *Dysménorrhée.*

La menstruation est quelquefois accompagnée de grandes douleurs, et l'écoulement s'opère lentement et en petite quantité. Il ressemble plutôt à du sang qu'à des règles ; car d'abord il y a souvent des portions de fibrine ou de petits caillots. Si les règles coulent librement après le premier jour, alors la douleur cesse. Chez quelques femmes, elle est limitée au dos, mais généralement elle affecte aussi l'hypogastre et les cuisses, ou bien les hanches. Chez quelques-unes, la douleur précède les règles de plus d'un jour, mais le plus souvent pendant un moins grand espace de temps. Cette maladie a été appelée *dysménorrhée* ; elle paraît dépendre d'une action imparfaite de la menstruation, et, tant que dure cet état, la femme ne peut s'attendre à concevoir. Pour le traitement, il faut considérer s'il n'y a point quelque condition générale ou quelque cause sympathique, ou quelque organisation particulière dans le système utérin (1), et si cela existe, il faut agir en conséquence ; si cependant il n'y a point d'indication spéciale à remplir, il faut chercher à améliorer l'état des nerfs utérins par des frictions régulières et répétées avec des pommades stimulantes, telles que l'huile de romarin, seule ou associée à une dissolution de camphre, que l'on fera sur les régions lombaires et sacrées. On stimulera les intestins par des laxatifs, surtout par des aloétiques combinés avec l'emploi de la salsepareille, avec de l'iode ou avec d'autres stomachiques qui activent la digestion. On réglera le régime, les vêtements et l'exercice, de manière à améliorer la santé générale; et si le bain froid peut convenir, on le prescrira tous les matins ; sinon, la malade emploiera les bains tièdes salés. Pendant une semaine, avant le retour attendu de la douleur, elle prendra tous les soirs un bain de siége et quelque doux emménagogue, comme une cuillerée à café de teinture ammoniacale de gaïac ou une infusion de garance aromatisée. Lorsque la douleur commencera, la malade devra entrer dans un grand bain chaud, se coucher, ensuite prendre à haute dose de l'opium combiné avec de l'esprit de corne de cerf aromatisé, ou avec de l'ipécacuanha, comme dans la poudre de Dover. Elle boira copieusement quelques tisanes chaudes, de manière à favoriser la transpiration. Le lendemain matin, on pres-

(1) Voyez Epist. XLVIII, art. 2.

(2) Dictionnaire des sciences médicales, art. Matrice.

(1) On a supposé que cette maladie dépendait généralement de l'étroitesse de l'orifice utérin, et qu'elle pouvait être guérie en le dilatant par des bougies. Mais cette maladie se rencontre chez les femmes qui ont eu des enfants, et, par conséquent, qui ont l'orifice utérin dilaté, et l'on ne voit jamais les règles rester dans la matrice et la distendre.

crira un doux purgatif aromatisé, et on répétera le soir la potion opiacée si elle est nécessaire. Si l'estomac ne peut supporter l'opium, on le donnera en lavement. Le camphre est moins efficace, cependant il réussit quelquefois là où l'opium échoue : dix grains au moins entreront dans la dose si l'estomac peut le supporter.

Cet état de la matrice produit quelquefois, outre la douleur utérine, des spasmes d'intestins ou de violentes contractions de la part des muscles abdominaux, comme si la matrice elle-même allait être expulsée. Ces efforts arrivent quelquefois périodiquement quand les règles sont entièrement ou presque obstruées. Dans ces circonstances, il faut examiner avec soin l'état de la matrice, l'aspect de l'écoulement, voir si des portions fibrineuses ne sont pas expulsées. — Si l'on ne peut découvrir aucune affection organique, et que tout le trouble paraisse naître d'un spasme, nous n'avons d'autres recours que dans l'opium, en même temps que l'on prescrira dans les intervalles le traitement que l'état de l'économie peut indiquer. — Quelques femmes, quoiqu'ayant des règles abondantes, souffrent beaucoup, non-seulement dans la région utérine, mais aussi dans le ventre, telles que des coliques, accompagnées de vomissements et d'un violent mal de tête. Ce trouble est soulagé par les amers, la teinture d'ellébore, et surtout par des laxatifs toniques pendant l'intervalle, et par des opiacés pendant l'attaque de la douleur. Quand l'orifice utérin est sensible au toucher, l'application des sangsues au pubis ou au sacrum, les bains chauds et les lavements anodins, sont utiles. Si le pouls est fréquent ou plein et la peau chaude, la saignée est indiquée.

SECTION IV. — *Menstruation abondante.*

Quelques femmes ont des règles plus abondantes ou plus fréquentes qu'elles ne devraient les avoir suivant les lois générales du système. L'écoulement est régulier et ne se coagule point, ce qui distingue cet état de l'hémorrhagie utérine. Des deux variétés, l'on trouve plus souvent celle où les femmes ont des règles abondantes, qui durent plus long-temps que d'ordinaire, que celles où les règles sont trop rapprochées; car généralement ce ne sont point des règles, mais bien une hémorrhagie. La menstruation abondante et prolongée ne doit être regardée comme une maladie que lorsqu'elle n'est pas naturelle, c'est-à-dire, lorsqu'elle n'est point ordinaire, et lorsqu'elle produit de la faiblesse. Elle peut se rencontrer chez les femmes qui sont robustes et pléthoriques, ou chez celles qui sont molles et affaiblies; mais ces dernières sont plus souvent exposées à une hémorrhagie qu'à cet excès de menstruation. S'il est nécessaire d'intervenir, il faut suivre la méthode qui empêche les vaisseaux d'être distendus par le sang, qui diminue sa tendance vers l'utérus en modifiant l'état de la constitution, qui prédispose à cet excès de sécrétion. Je n'ai pas besoin de m'étendre davantage, j'entrerai dans plus de détails dans la section suivante.

SECTION V. — *Métrorrhagie.*

Cette hémorrhagie a été attribuée à un excès d'activité ou bien à un état de relâchement et de faiblesse dans les vaisseaux, car je ne parle pas de celle qui résulte des plaies et des blessures; de là on l'a divisée en hémorrhagie active et passive. Je crains que dans cette distinction il y ait plus de subtilité que d'exactitude pratique. Il est vrai qu'un vaisseau affaibli et sensible cédera à une force moindre qu'un autre qui sera plus résistant, et il pourra être rompu par un effort plus léger; c'est ce que l'on voit dans le cas des maladies des artères et dans les veines faibles et délicates. Lorsque la circulation est ralentie par la position, ou par toute autre cause, une ligature modérée appliquée autour d'une jambe qui est ulcérée fera rompre les veines; mais ces hémorrhagies sont mécaniques comme celles qui sont produites par les blessures; même dans ce cas-ci, où l'effet est produit par une ligature, ce n'est pas toujours la veine qui est déchirée, mais le plus souvent c'est l'artère, qui, par sa résistance, est provoquée à un plus grand effort. Dans toute hémorrhagie artérielle, il doit y avoir une excitation, et par conséquent une augmentation d'action dans les vaisseaux de la partie. Ce n'est pas une simple excitation, car elle pourrait conduire à l'inflammation ou à d'autres conséquences; mais c'est une action d'une espèce particulière, appelée hémorrhagique, et qui est limitée plus particulièrement à la partie vasculaire de l'organe. Il est probable que les différents tissus constituant un organe sont alimentés par des nerfs

distincts, et qui, quoique paraissant naître du même tronc, pourraient être suivis en faisceaux séparés jusqu'à l'origine du nerf ; mais, que cela soit ce que l'on voudra, il est évident que l'excitation peut être modifiée dans quelques cas, de manière à se manifester principalement par la contraction vasculaire ; dans d'autres, par la douleur ou l'inflammation, ou par l'action hémorrhagique des vaisseaux, et nous sommes trop peu instruits sur la nature du système nerveux et de la relation mutuelle des différentes petites fibres, pour pouvoir expliquer comment certaines causes éloignées, eu égard à la localité, et sympathiques, produisent des effets opposés sans que nous puissions découvrir une différence ; par exemple, nous trouvons souvent, dans le même état apparent d'économie et de ses différents organes, la métrorrhagie, la leucorrhée, ou l'aménorrhée, ou tous ces troubles produits alternativement. Aucun état général de l'économie ne peut produire une hémorrhagie : elle n'est pas essentiellement occasionnée, soit par une pléthore générale, ou par une faiblesse générale, ni par une débilité locale, car tous ces états existent sans hémorrhagie; elle est seulement produite par l'existence d'un effort particulier des vaisseaux de la partie, qui dépasse leur force quelle qu'elle puisse être. Au lieu donc de diviser l'hémorrhagie en active et passive, il vaut mieux la considérer comme arrivant dans deux états différents, du système, ou des vaisseaux de la partie, mais, dans les deux cas, comme le résultat d'une action excédant les forces.

Dans l'un et l'autre état, la ménorrhagie peut être produite par les causes qui agissent plus ou moins directement sur les vaisseaux utérins, surtout vers la période menstruelle, telles qu'une danse prolongée pendant le temps des règles, ou l'usage de substances stimulantes et excitantes pendant cette époque, qui, en excitant le système entier, produisent un plus grand effet sur les vaisseaux utérins à cause de leur état particulier. Un effort considérable, fait pendant la menstruation, pourra produire cet effet s'il y a quelque degré de prolapsus, ou s'il s'y joint l'irritation causée par un polype, etc... L'irritation causée par les vers ou par la constipation peut avoir un effet semblable. Une autre espèce de causes agit en produisant une augmentation de résistance au sang artériel, et en retardant la circulation dans les veines, d'où la constipation ou un état de torpeur dans les intestins peut produire à la fois les hémorrhoïdes et la ménorrhagie. L'état des nerfs utérins peut seul la causer, et cet état, comme dans l'aménorrhée, peut dépendre de l'origine des nerfs qui sont affectés d'une manière directe, soit lentement par quelque cause obscure, soit rapidement par quelque émotion violente de l'âme, ou bien par sympathie avec l'état des autres organes, comme le foie, l'estomac ou les intestins; toutes ces causes agissent d'une manière différente, soit d'après une maladie organique, qui ouvre les vaisseaux en détruisant leurs tuniques, ou d'après quelque autre moyen mécanique; et par conséquent il faut toujours, dans la ménorrhagie, examiner l'état de l'utérus : même un simple développement de cet organe peut rendre quelques-unes des causes déjà énumérées plus efficaces ; ou bien ce changement de volume ou d'autres altérations organiques peuvent être accompagnées de l'action qui produit une hémorrhagie ; de là la nécessité d'un examen attentif. L'hémorrhagie utérine est accompagnée de symptômes d'irritation, et dans presque tous les cas, quelle que soit la cause, elle est accompagnée de douleur dans le dos et les aines, dépendant généralement de l'état des nerfs, et souvent d'un sentiment de pesanteur et même d'efforts. Dans la première période, elle peut, dans un état de l'économie, être accompagnée d'une fièvre de la nature de la synocha ; mais, de quelque manière que débute l'hémorrhagie, si elle arrive à un haut degré, ou si elle se prolonge long-temps, il survient une grande faiblesse avec ou sans une fièvre d'une espèce particulière ; et à la fin la malade peut devenir hydropique, ou quelque maladie mortelle des viscères peut se déclarer.

Il est très-important de surveiller les effets de l'hémorrhagie; la perte de sang entraîne avec elle la perte d'une source d'énergie et d'un puissant stimulus, et par conséquent elle doit directement affaiblir ou diminuer l'action vitale, et c'est là certainement l'effet immédiat d'une grande perte de sang arrivée subitement. La syncope est la conséquence directe, et elle peut être mortelle : mais si d'un côté l'hémorrhagie ne devient pas de suite mortelle, et que de l'autre la malade ne se rétablisse pas parfaitement, de nouvelles circonstances se

présentent. La quantité actuelle du sang étant diminuée, il doit en circuler moins dans le système artériel, qui doit par conséquent se contracter dans la même proportion. Il est très-douteux que le système veineux se contracte au même degré, car on trouve toujours une accumulation de sang, même lorsque l'hémorrhagie est mortelle, dans la veine cave et dans les veines du cerveau, ce qui est probablement la cause des convulsions qui se montrent comme le premier effet d'une hémorrhagie rapide et abondante. Si le système veineux se désemplit moins, alors il se produit un plus grand effet sur le système artériel qui doit se contracter davantage. Tant que la circulation continue, il n'est point nécessaire, parce qu'il y a une diminution dans la quantité du sang de toute l'économie, que le cœur, dans le même temps en reçoive et en chasse une quantité moindre qu'auparavant, ou bien qu'il se contracte plus vite ou plus lentement. Ce ne sont pas des conséquences nécessaires, mais il s'ensuit très-évidemment que le système artériel, sinon toute l'économie, doit être dans un état nouveau et anormal, et par conséquent il doit y avoir une excitation. Une hémorrhagie considérable et long-temps prolongée, si elle n'est pas promptement mortelle, doit produire une excitation vasculaire, marquée par différents symptômes, suivant la constitution de la malade et selon d'autres circonstances. Elle se rapproche plus ou moins de la nature fébrile, et il est d'usage de l'appeler réaction, elle survient, je pense, parce que l'économie n'est point tombée en syncope, et que la personne a vécu assez long-temps pour devenir malade : c'est un commencement, non d'un effort de la nature, ou d'une action salutaire mise en jeu pour contre-balancer l'ouvrage de la mort, comme le dirait M. Hunter; mais c'est évidemment le résultat d'une excitation et d'une irritation existante, qui sont produites par l'état anormal où se trouve le système vasculaire. Dans cet état, partout où il existe une cause locale, qui produit une action plus forte que celle que la faiblesse de la partie puisse supporter, la malade court le plus grand risque d'une grave maladie locale; et, de là, personne n'est aussi exposé à l'inflammation de la matrice et du péritoine que les femmes qui ont beaucoup souffert d'une hémorrhagie utérine. Mais, outre ces effets sur le système vasculaire, il y a d'autres circonstances dont on doit tenir compte, surtout l'état de la circulation dans le cerveau, l'action générale du système nerveux, l'épuisement produit par l'excitation, un organe affaibli, le trouble des fonctions, les conséquences inexplicables des différentes sympathies, et la condition opposée où peuvent être différentes parties dans le même temps, comme par exemple les différentes portions du cerveau. Tout cela rend le diagnostic très-compliqué et est d'une haute importance sous le rapport pratique. L'augmentation de susceptibilité, et quelquefois de sensibilité, peut-être une conséquence de l'hémorrhagie, mais non directement ni primitivement. Les fonctions alliées à la contractilité sont sujettes à être altérées; de là le mouvement péristaltique est lent, à moins qu'il n'y ait irritation de la tunique muqueuse des intestins. Le cœur même agit probablement avec lenteur, à moins qu'il n'y ait une excitation anormale; mais l'état anormal et surexcité du système artériel, et les effets secondaires produits sur le cerveau et la moelle épinière, doivent, autant qu'ils existent, et qu'ils ne sont pas contre-balancés dans des cas particuliers, produire de la fréquence et même de l'irrégularité dans les mouvements du cœur. Les mêmes causes doivent aussi occasionner des sensations douloureuses aux extrémités des nerfs dont les origines sont affectées, ou même produire une véritable inflammation, ou un grand désordre dans le cerveau; ou bien, à cause de l'état où se trouvent le cerveau et le système veineux, il peut survenir de la stupeur ou une apoplexie. L'effet d'une position verticale, dans cet état du système sur le cerveau et le cœur, s'explique par lui-même. Les pertes répétées, après qu'une certaine quantité de sang a été perdue d'abord, doivent, lorsqu'elles arrivent, augmenter l'irritation de l'économie, quoique peut être, sur le moment, elles apportent quelque soulagement à certaines sensations. Tous les effets de l'hémorrhagie peuvent être modifiés par l'état préalable de l'économie. Les personnes faibles souffrent plus vite, tandis qu'un état d'anxiété est dissipé, et l'économie ramenée à une meilleure condition par la perte d'une quantité de sang qui, à l'état de santé, se serait peut-être terminée par la mort. Les femmes mariées sont plus exposées à la ménorrhagie que les vierges, et il est rare que celles-ci, si elles sont bien

portantes, du reste, aient une hémorrhagie utérine. Le traitement, pendant l'attique, doit dépendre de l'état de la constitution et de l'effet de l'écoulement sanguin. Dans les tempéraments pléthoriques et robustes, quand le pouls est ferme, lorsqu'il existe de l'anxiété et que l'hémorrhagie n'a pas produit beaucoup de faiblesse, on peut retirer d'excellents résultats, comme dans toutes les hémorrhagies toniques, d'une saignée faite de bonne heure et qui arrête promptement la perte utérine ; elle doit être faite avant que l'organe ait souffert au point d'occasionner une rechute rapide : mais si le pouls est petit ou faible, la saignée ne doit point être proposée, et je ne puis concevoir qu'elle soit dans aucun cas utile, si elle est long-temps différée.[1] Que la lancette soit ou non employée, le reste du traitement est à peu près le même. La malade, d'après le principe général, doit être tenue au lit dès le premier abord, afin qu'elle puisse garder la position horizontale. Je considère ceci comme de la plus haute importance. Ensuite il faut modérer l'action du système vasculaire par le froid ; c'est-à-dire qu'il faut tenir les fenêtres ouvertes si c'est l'été, et ne pas faire de feu si c'est l'hiver, et ne permettre d'autres couvertures que celles qui sont nécessaires pour empêcher la malade de trembler. Les boissons doivent être modérées et froides : on doit donner largement l'acide sulfurique, et en même temps la digitale peut être administrée avec prudence, de manière à ralentir la circulation ; mais si cet effet ne se manifeste pas rapidement, elle ne produit aucun bien, et il ne faut pas persister dans son emploi ; il ne faut jamais la pousser loin ni y ajouter trop de confiance. Dans le même but, on a employé des émétiques pour faire vomir, et quelquefois avec de bons résultats, surtout dans l'hémorrhagie active ; mais il ne faut pas les continuer de manière à produire une grande fatigue, ni y avoir confiance s'ils ne réussissent pas promptement. Je parlerai plus tard des préparations de plomb ; le régime doit se composer d'aliments secs, de la qualité la moins stimulante et la moins nourrissante ; on évitera le vin et tous les excitants, pour restreindre l'action des vaisseaux utérins ; on appliquera des linges imbibés d'eau froide à la vulve, ou au dos et au pubis. Si ces moyens n'arrêtent pas la perte, on tamponnera le vagin avec un linge fin, pour retenir le sang et favoriser la coagulation. Si la perte a été assez grande pour produire la syncope, ou du moins une grande prostration de forces, les moyens ordinaires de restauration doivent être employés, mais il ne faut pas pousser les stimulants plus loin qu'il n'est nécessaire dans les cas assez graves pour faire craindre que la malade ne puisse être autrement rappelée à la vie : on a proposé la transfusion, ou plutôt l'injection d'un sang que l'on viendrait de tirer de la veine d'une autre personne ; mais son efficacité est trop peu constatée pour y placer une entière confiance.

Dans les constitutions débilitées, ou chez les malades pléthoriques, lorsque la perte a été abondante et a causé beaucoup de faiblesse, le traitement doit être modifié, la position horizontale doit être, comme dans le premier cas, immédiatement et strictement observée; le froid sera appliqué quelquefois généralement, mais plus souvent localement ; il ne sera pas porté aussi loin que dans le premier état ; même dans les cas extrêmes, lorsque les puissances vitales sont très-déprimées et les extrémités froides, il peut être nécessaire d'appliquer de la flanelle chaude aux pieds et aux jambes, et même sur le corps en général, pour conserver la chaleur nécessaire au rétablissement de la santé. Ceci est une matière non de choix, mais de nécessité, et doit être abandonné au jugement du praticien, qui évitera les maux qui peuvent résulter des effets stimulants de la chaleur, et des effets stupéfiants produits par le froid. En cela, il faut faire grande attention aux sensations de la malade. Quand la faiblesse produite n'est pas considérable, nous nous contenterons de la position horizontale et d'éviter tous les effets stimulants de la chaleur ; de tamponner le vagin dans les cas graves, pour favoriser la coagulation ; d'appliquer des linges imbibés d'eau froide aux parties externes, et d'administrer une assez forte dose d'opium, pas moins de deux grains ; et elle doit être répétée si la faiblesse est plus grande. Je considère ce médicament comme un des meilleurs remèdes, et, quand il est rejeté par l'estomac, il doit être donné en lavement ou sous la forme d'un suppositoire. L'injection d'une solution de sulfate d'alumine ou d'une décoction d'écorce de chêne, dans le vagin, est utile et aussi plus sûre que l'emploi d'injections vineuses ou spiritueuses que quelques hommes éminents

ent proposées. Le régime devra être modéré, les boissons acidulées, et la malade évitera tout exercice violent. — Si la faiblesse est grande, ou la face pâle, les lèvres blanches, les extrémités froides, le pouls petit, et la malade atteinte de vomissements ou de syncope, le danger est grand; il est en proportion de l'étendue de la faiblesse et de la ténacité de l'hémorrhagie. Dans ce cas-là, il faut surveiller les malades avec soin. On maintiendra le vagin tamponné, ou, si l'on ôte le tampon, ce sera seulement pour injecter une forte solution de sulfate d'alumine, ou une décoction d'écorce de chêne. Les forces seront relevées par des gelées et des soupes, par l'emploi modéré de vin donné à propos, soit froid ou chauffé avec des épices; par la chaleur extérieure autant qu'elle est nécessaire pour empêcher le corps de devenir froid; par l'opium et par l'usage de cordiaux aromatiques, tels que l'esprit aromatique d'ammoniaque mêlé avec de l'eau de canelle. L'administration d'astringents, si l'estomac peut les supporter, est utile, tels que la teinture de kino, comme il sera dit plus bas.

Lorsque la violence de l'hémorrhagie, dans tous les cas que j'ai passés en revue, a été appaisée, la malade peut rester quelque temps exempte d'une rechute, et ensuite éprouver une autre attaque violente, ou bien elle peut avoir tous les jours une hémorrhagie plus ou moins grande; par conséquent, je dois maintenant diriger l'attention du lecteur vers les moyens qu'il faut employer pour la guérison permanente de la malade, et qui sont déduits de principes non moins applicables au traitement de la première attaque. Nous avons trois points à considérer. D'abord, combattre l'état général de l'économie qui prédispose à l'hémorrhagie, et la modifier; ensuite, enlever ou soulager les affections qui peuvent sympathiquement influer sur la perte, ou bien guérir toute condition maladive qui peut exister dans l'utérus; en troisième lieu, employer les remèdes qui agissent sur les vaisseaux utérins, soit directement ou par le moyen des nerfs. — D'abord, dans la constitution robuste ou pléthorique, il faut diminuer la quantité du sang et arrêter la force de la circulation, ou la distension des vaisseaux utérins, par les aliments les moins nourrissants et les moins stimulants possibles; la malade devra, en conséquence, prendre à dîner une grande proportion de légumes, et éviter le vin et les liqueurs fermentées; même toute espèce de liquide pris en grande quantité, soit sous forme de soupe ou de boisson, peut nuire en remplissant trop vite les vaisseaux. On aura recours à un exercice régulier, dirigé de manière à empêcher la pléthore et à fortifier la santé, sans, d'un autre côté, être poussé assez loin pour exciter la circulation au point de produire une rupture. Cependant quelques médecins osent à peine prescrire le plus petit exercice; les purgatifs sont d'une grande utilité, surtout ceux qui agissent aussi sur les veines, tels que le sulfate de magnésie, ou les sels de Chettenham. Ceux-ci ne diminuent pas seulement la masse des fluides qui circulent, mais ils en détournent le cours dans les vaisseaux utérins. On peut leur associer le bitartrate de potasse, l'esprit de nitre éthéré ou d'autres doux diurétiques. Comme exception à la règle d'employer les laxatifs, je dois noter les cas où l'hémorrhagie alterne avec une irritation des intestins, ou semble être produite par cet état; dans ce cas, l'emploi de l'opium est d'un effet merveilleux. L'application du froid à la surface du corps, surtout si elle est faite inégalement et aux extrémités inférieures, est nuisible en déterminant le cours du sang vers les parties internes: la chaleur, comme stimulant, doit être évitée; mais, d'un autre côté, le froid, en arrêtant la transpiration, est nuisible. Le sommeil sera abrégé et pris sur un lit dur, sans trop de couvertures. Après que l'état de pléthore ou d'anxiété aura été enlevé, le bain froid est ordinairement d'une grande utilité, du moins s'il ne cause pas des maux de tête, ou s'il ne produit point du refroidissement ou de la langueur. — Pour remplir le second but, il faut examiner avec soin l'état des différents organes et de leurs fonctions, s'informer des habitudes de la malade. Lorsque l'on peut découvrir quelque altération ou quelque symptôme particulier, il ne faut pas le perdre de vue, mais le combattre par les moyens convenables. Dans le premier point, nous cherchons, par une méthode générale, à améliorer l'économie en général, et par là à rectifier l'état de l'utérus. Dans le second cas, nous améliorons la santé en éloignant la plus petite douleur, ou le plus léger trouble, et par là nous arrivons au même but. Si l'utérus est augmenté de volume et sensible au toucher, on aura recours

aux moyens déjà désignés, pour remédier à ces conditions. Par la position horizontale et les évacuations locales, etc., on peut non-seulement guérir la ménorrhagie, mais empêcher qu'une maladie organique dangereuse ne survienne. — On ne doit pas tenter le troisième moyen, en général, sans avoir, autant que possible, fait disparaître les causes d'excitation, et diminué la prédisposition, surtout celle qui est liée à une action pléthorique des vaisseaux. Les moyens directs consistent à injecter souvent de l'eau froide dans le vagin, ou une forte décoction d'écorce de chêne, ou une solution de sulfate d'alumine ou d'acétate de plomb, pourvu que ces injections ne produisent pas, comme elles le font quelquefois, de l'hystéralgie. J'ai confiance en ces injections, et, par conséquent, je les place en première ligne. Les astringents donnés à l'intérieur, comme la racine de ratanhia ou la teinture de kino, ont été quelquefois utiles, et quand ils le sont, c'est par l'entremise des nerfs plutôt que par l'absorption et la circulation; mais quelques sels métalliques agissent plus particulièrement sur les nerfs, et affectent les extrémités de ceux sur lesquels ils ne sont pas appliqués directement; le plomb est de cette espèce, et l'acétate a été depuis long-temps préconisé à l'intérieur par le docteur Reynolds et le docteur Rush. On peut en donner depuis deux grains jusqu'à quatre, avec un demi-grain d'opium, pendant quelque temps, sous forme de pilule, toutes les quatre heures; mais il vaut mieux donner la même quantité en solution, vu qu'elle agit plus promptement, et l'on est plus certain de la quantité prise dans un temps donné. On peut ajouter à la solution autant de vinaigre distillé pour la rendre acide, et l'on peut prendre de temps en temps, comme boisson, de l'eau acidulée avec du vinaigre. De cette manière, il n'y a pas de risque que l'acétate se convertisse en carbonate, que l'on considère comme la seule préparation vénéneuse de plomb. Le docteur Dewees conseille de le donner en lavement à la dose d'un scrupule d'acétate, et d'un gros de laudanum dissous dans une petite quantité d'eau. L'opium seul, ou la ciguë, ou d'autres narcotiques, outre qu'ils sont utiles sous d'autres points de vue, agissent aussi de cette manière, et sont d'un avantage reconnu quand les nerfs utérins sont dans un état d'irritation. Le sel de nitre, à la dose d'un demi-gros, trois fois par jour, a été quelquefois utile.

Chez les constitutions débilitées, que la faiblesse ait existé préalablement, ou qu'elle ait succédé à la pléthore, le traitement, pour ce qui regarde notre premier objet, je veux dire l'amélioration de la santé générale, doit être un peu modifié. Les laxatifs modérés, surtout les eaux minérales, sont convenables pour donner du ton aux intestins, et empêcher la circulation de languir dans les veines. On donnera des toniques, tels que les différentes préparations ferrugineuses, les eaux chalibées, celles de Tunbridge, et les amers. Parmi ces derniers, le raisin d'ours, à la dose d'un demi-gros, trois fois par jour, est souvent de quelque utilité. Quelquefois il est avantageux d'ajouter à quelques-uns de ces médicaments des doses d'alcool éthéré et nitré, assez fortes pour qu'elles agissent modérément sur les reins; le bain froid est généralement utile, et doit être suivi de frictions sur la surface du corps pour appeler le sang aux vaisseaux extérieurs. On évitera de prendre trop de boisson; mais la nourriture devra être plus forte que dans le premier cas, et on donnera assez de vin pour ne pas stimuler la circulation, et produire de la chaleur ou de la rougeur. Le vin de Bourgogne est le meilleur, lorsqu'il convient à l'estomac; tout ce qui peut exciter les vaisseaux utérins sera proscrit : comme la danse, les longues promenades, le coït, etc. Les autres conseils donnés pour le second et le troisième objet, dans le traitement de la première espèce, sont applicables ici; par conséquent, je ne répéterai pas ce que j'ai dit touchant l'usage des opiacés, des astringents ou des injections. Un doux émétique, composé d'ipécacuanha, réussit quelquefois puissamment à arrêter la perte, et ne fait jamais de mal, à moins que la malade ne soit épuisée. Si, en dépit de ces moyens, l'hémorrhagie persiste ou revient, elle peut être entretenue par quelque lésion organique de la matrice que le doigt ne peut apprécier, qui est peut-être à l'état naissant, et causée par un état maladif et variqueux des vaisseaux; ou, si la malade est jeune, par une constitution scrofuleuse qui ne cède pas promptement aux remèdes généraux. Si l'on découvre quelque maladie organique, le traitement devra être modifié suivant sa nature. — Dans un écoulement goutte à goutte de sang, qui persiste sans aucune affection orga-

nique, les meilleurs remèdes sont les toniques ou les injections astringentes. Cet écoulement s'arrête souvent tout-à-coup, pendant deux jours, avant et après la menstruation. Quand il est uniforme, il y a de temps à autre une mauvaise odeur provenant de quelques caillots qui restent dans la cavité de l'utérus et du vagin, et qui s'y putréfient. Dans ce cas-là, les injections sont les meilleurs remèdes.

Chez les femmes faibles, il y a quelquefois une légère perte de sang pendant une journée, quinze jours après la menstruation. Elle cède à l'emploi des fortifiants. — L'état de fièvre et d'irritation, produit par une hémorrhagie grave ou prolongée, est combattu avec avantage, lorsque l'écoulement sanguin est arrêté, par la liberté du ventre, l'usage d'acide sulfurique seul, ou avec de la quinine, de l'anis, par une potion opiacée, combinée, si la peau est sèche, avec l'ipécacuanha; la nourriture sera légère et régulièrement prise en quantité telle que l'estomac et l'économie puissent la supporter. On habituera en même temps la malade à s'asseoir un peu, d'abord sur son lit, puis hors du lit, en prenant garde que les pieds ne s'enflent par la position : aussitôt qu'elle le pourra, la malade prendra un peu d'exercice en plein air; mais on ne permettra aucun effort qui puisse renouveler l'hémorrhagie. Le mal de tête, surtout celui causé par des battements, accompagne ordinairement cet état, et il cède à l'emploi des laxatifs et de la quinine, et en cherchant avec précaution à faire garder à la malade la station. Les douleurs, ressemblant à la pleurésie, ou à une autre inflammation, sont ordinairement musculaires, et cèdent aux sinapismes, ou aux applications locales, ou bien elles dépendent d'un état d'excitation morbide dans les nerfs de la partie : dans ce cas, elles seront combattues par un opiacé et un laxatif, qui ôtera l'irritation des intestins; mais, s'il survenait une inflammation locale, il faudrait être avare de la saignée, et même, si la gravité du cas le demandait, ne tirer du sang que juste ce qui est nécessaire pour soulager : les saignées locales et les petits vésicatoires sont plus certains.

CHAPITRE XIV.

DE LA CESSATION DES MENSTRUES.

A l'époque où doivent cesser les menstrues, elles deviennent irrégulières, et quelquefois elles sont arrêtées pendant deux ou trois mois, puis elles reviennent pendant quelque temps. Cet arrêt, comme dans beaucoup d'autres cas de rétention et de suppression des règles, est accompagné de gonflement de ventre, de maux de cœur, de dégoût pour la nourriture. Ces effets en imposent souvent pour une grossesse; car, comme le remarque Lamotte, un grand nombre de femmes ont une telle horreur de la vieillesse, qu'elles aiment mieux se persuader qu'elles sont enceintes que de supposer qu'elles ressentent quelques-unes des conséquences de l'âge mûr; et elles se nourrissent dans cette persuasion, comme la veuve de Harvey, *donec tandem spes omnis inflatum et pingue dinem facesseret*. Dans cet état, le ventre est mou et également tuméfié, et grossit plus rapidement après l'obstruction des règles qu'il ne le fait dans la grossesse. On ne sent aucun mouvement, ou, s'il en existe, il est produit par des vents qui circulent dans les intestins, et il change de place. L'exercice, les eaux chalibées et les laxatifs sont, dans ce cas, les remèdes convenables. — La période, ou le temps de la vie où cessent les menstrues, est regardée comme critique, et sans doute c'est une époque importante. S'il y a prédisposition à quelque maladie organique, elle est augmentée à cette époque, surtout si elle existe dans l'utérus ou les mamelles; et, en vérité, la cessation des règles paraît, dans quelques cas, causer d'elle même le cancer du sein. Les maladies du foie font aussi des progrès plus rapides vers cette période, ou paraissent pour la première fois bientôt après elle. Les affections de l'estomac sont encore bien plus fréquentes. Lorsqu'il n'y a pas tendance à une maladie locale, il est très commun de voir les femmes, après que leurs règles sont passées, devenir corpulentes, et quelquefois jouir d'une meilleure santé qu'auparavant.

D'après l'idée que la cessation des règles est uniformément dangereuse, quelques praticiens, par l'emploi d'emménagogues, ont essayé d'en prolonger la durée; d'autres, par des vésicatoires, ont cherché à en prévenir les mauvais effets. Le premier de ces moyens est ridicule et

dangereux, le dernier n'est pas nécessaire. Lorsque la santé est bonne, il n'est besoin d'aucun médicament particulier; mais s'il y a tendance à quelque maladie particulière, alors il faut employer les médicaments convenables : on maintiendra les intestins libres dans tous les cas, et on soutiendra la santé générale par des moyens généraux. Les femmes délicates devront être traitées autrement que celles qui sont robustes et pléthoriques. Il n'est pas nécessaire de prescrire un traitement direct, mais on devra faire attention au moindre écart de la santé. Nos conseils seront donnés après un mûr examen des prédispositions et des circonstances concomitantes, et, s'ils sont judicieux, ils peuvent être de la plus grande importance.

CHAPITRE XV.

De la conception.

La conception paraît dépendre de l'influence exercée par la semence de l'homme sur les ovaires, au moyen de l'appareil génital; car des femmes ont conçu lorsque la semence avait été appliquée simplement à la vulve et que l'hymen restait tout entier. L'extrémité des trompes de Fallope embrasse l'ovaire et y adhère jusqu'à ce que la tunique péritonéale et celles de la vésicule de Graaf aient été absorbées. Baer pense que la membrane externe est rompue par le développement de l'interne, qui s'ouvre aussi et permet à l'ovule d'entrer dans la trompe pour gagner l'utérus. Il n'a pas été constaté chez l'espèce humaine combien de temps la trompe adhère et à quelle époque la descente de l'œuf est accomplie. Dans un cas où une femme se noya un jour, après avoir eu commerce avec un homme, Baer trouva la vésicule gonflée, les deux tuniques séparées l'une de l'autre, mais entières, l'interne épaissie et plus jaune qu'avant la fécondation; chez une autre, huit jours après la fécondation, l'ovule s'était détaché et les membranes caduques étaient formées. Chez une lapine, M. Jones, après quarante et une heures, trouva quelques-unes des vésicules crevées, avec des ovules à leur orifice, mais aucun n'était dans les trompes. Au troisième jour, il les trouva dans les trompes. La cavité laissée par la chute de l'ovule est chez les femmes à terme, ovalaire, environ d'un demi-pouce de longueur, mais pas aussi large, ayant un trou au centre, qui peut être rempli d'une fibrine sanguinolente. Le bord de la cavité a plus d'un huitième de pouce de largeur, et si les vaisseaux sont bien injectés, nous la voyons composée principalement de petites artères et de veines; les premières prédominent à la surface. Si nous brisons la substance dans laquelle elles se ramifient, ainsi que le tissu central, et que nous les mêlions avec un peu d'eau, nous trouvons au microscope qu'elle ressemble à de petites particules de sable. Ensuite la vascularité diminue, et chez la femme, la couleur jaune prédomine; l'ouverture se ferme graduellement et est marquée d'une cicatrice, tandis que la cavité s'oblitère. Depuis le commencement jusqu'à la fin, cette transformation de la cavité de l'œuf reçoit le nom de corps *safrané*. Baer suppose, et je crois qu'il a raison, que ce corps est formé par le changement que subit la couche interne de la vésicule, et qui, comme il a été établi plus haut, commence avant que l'ovule ne s'échappe. Pendant toute la durée de la grossesse, l'ovaire est plus vasculaire qu'auparavant; on trouve un grand nombre des vésicules grossies et elles ont des vaisseaux plus nombreux.

Sir E. Home pense que la rupture de la tunique du corps safrané a lieu pendant le coït, afin que le sperme puisse être appliqué directement sur l'ovule, mais il n'y a pas de preuve de ceci; tandis que d'un autre côté il est incontestable qu'un grand nombre de femmes ont conçu lorsque le sperme était seulement déposé à la vulve. Il pense que la rupture de la vésicule produit ce léger écoulement de sang du vagin, qui suit quelquefois le coït; mais ceci est erroné, car des observations faites sur des lapins prouvent que la vésicule ne se rompt que plusieurs heures après le coït. — Il paraîtrait que, quoiqu'un ovule soit fécondé, cependant il arrive que par différentes causes le progrès s'arrête ensuite; alors l'ovule se vide et est absorbé. Si les trompes sont imperforées, ou s'il y a quelque mauvaise conformation ou condition qui rende impossible la grossesse, l'ovule se flétrit et la femme est stérile; ou, si cet état morbide arrive après la fécondation et avant que l'ovule ne descende, la marche de la grossesse s'arrête (1).

---

(1) Le docteur Haighton trouva qu'en

Dans l'espèce humaine, il n'y a généralement qu'un ovule qui soit fécondé par le contact du sperme; mais quelquefois deux ou plusieurs peuvent être entraînés dans l'utérus; et même après qu'un ovule y est déjà entré et qu'il y a acquis un certain degré de développement, il n'est pas impossible qu'un autre entre en action et descende dans la matrice où il est nourri et logé (1). Mais on n'a pas encore constaté quel est l'intervalle le plus grand qui puisse exister entre deux conceptions. Il paraît établi qu'une femme peut non-seulement porter deux enfants vivants de différents âges, ou de différentes couleurs, mais aussi que, lorsqu'un enfant meurt dans l'utérus, il peut être gardé et une nouvelle conception peut avoir lieu (2). M. Hunter (3) supposait que chaque ovaire ne pouvait produire qu'un certain nombre d'ovules, et que si un ovaire était enlevé ou rendu stérile, la constitution ne pouvait donner à l'autre le pouvoir de produire autant d'ovules qu'il en aurait été produit par tous les deux. — On a essayé de fixer l'âge et la saison qui étaient les plus prolifiques: d'après un registre exact tenu par le docteur Bland, il paraîtrait qu'un plus grand nombre de femmes, entre vingt-six et trente ans, mettent au monde des enfants; qu'à tout autre âge, sur 2,102 femmes qui eurent des enfants, 85 avaient depuis quinze jusqu'à vingt ans; 578 depuis vingt et un jusqu'à vingt-cinq; 699 depuis vingt-six jusqu'à trente; 407 depuis trente et un jusqu'à trente-cinq; 291 depuis trente-six jusqu'à quarante; 36 depuis quarante et un jusqu'à quarante-cinq; et 6 depuis quarante-six jusqu'à quarante-neuf ans. — A Marseille, M. Raymond dit que les femmes conçoivent plus facilement en automne, et particulièrement au mois d'octobre; ensuite en été, et, enfin, en hiver et au printemps; le mois de mars voit le moins de conceptions. M. Morand prétend à son tour que les mois de juillet, de mai, de juin et d'août sont ceux d'où datent le plus de conceptions; et que novembre, mars, avril et octobre, dans l'ordre où ils sont énumérés, sont ceux où il y en a le moins. J'ai consulté le registre depuis six ans d'une nombreuse paroisse de cette ville, contenant 72,000 habitants; il paraît que le plus grand nombre des mariages et des naissances ont lieu en mai, et le plus petit nombre en octobre. D'après ceci nous regarderions août et septembre comme étant les plus favorables à la conception; mais il est évident que ces conclusions sont sujettes à une grande incertitude (t). Dans le Wurtemberg, le

---

divisant les trompes, après qu'une lapine était fécondée, les œufs étaient détruits; ou, si une seule trompe était coupée et si la femelle était ensuite fécondée, on trouvait bien les corps safranés dans les deux ovaires, mais il n'y avait aucun ovule dans la trompe ou dans la corne de l'utérus du côté lésé. (Phil. trans., vol. XXXVII, p. 175, etc.)

(1) Voyez Med. and phys. journ., vol. XVII, p. 489.

(2) Perry cite le cas d'une femme dont l'enfant paraissait avoir cessé d'exister dans l'utérus après avoir remué. Sept semaines après, elle ressentit de nouveau les premiers symptômes de la grossesse, qui continua jusqu'à terme, à partir de la seconde date, et la femme mit au monde un enfant, petit à la vérité, mais vivant. Après la sortie du placenta, une masse fut expulsée, au milieu de laquelle on trouva un fœtus du sexe féminin, correspondant pour la grosseur à un fœtus de quatre mois, époque à laquelle le mouvement avait cessé, dans la première grossesse, d'être perçu. (Revue méd., tom. x, p. 129.)

(3) Voy. Phil. trans., vol. LXXVII.

(1) Il paraît, d'après les tables du docteur Cléland (publiées en 1831), que la population de cette ville et des faubourgs est de 202,426; les femmes, dans le total, l'emportent de 14,978, quoique jusqu'à l'âge de quinze ans il y ait un excédant dans les enfants mâles. Il y a 49,504 femmes entre l'âge de quinze et de quarante ans, et 6,868 naissances dans une année, dont 471 sont morts-nés. Il y a 3,281 enfants mâles vivants, et 3,116 filles. Il y a 30,032 hommes mariés; de sorte qu'en somme il naît un enfant sur quatre femmes et demi qui sont mariées. Parmi les enfants, 877 meurent avant l'âge d'un an, et le nombre de garçons excède de 49 celui des filles. Il y a 1,919 mariages dans l'espace d'un an, et en tout 41,965 familles, y compris les personnes mariées, les veuves et les célibataires, etc. Il y a 55,984 enfants au-dessous de dix ans, dont il meurt environ 1 sur 23. D'après les relevés faits en France pendant dix-sept ans, et qui se terminent en 1833, il paraît que dans le mariage le nombre d'enfants mâles est aux filles dans

plus grand nombre des naissances est en janvier, et le plus petit nombre en juin; les avortements sont aux accouchements dans le rapport d'un à quarante et un (1). On suppose que les femmes conçoivent plus facilement immédiatement après l'évacuation menstruelle, mais on ne sait jusqu'à quel point cette opinion est exacte; quelques auteurs même professent une opinion contraire et pensent que les femmes sont plus disposées à concevoir avant l'époque des règles; et, par conséquent, pour calculer l'époque où le travail doit être attendu, il est ordinaire de compter à partir d'une quinzaine après la dernière apparition des menstrues, ou de dire que la femme allitera à la fin de la quarante-deuxième semaine, à partir de la terminaison de la dernière menstruation.

Le développement de la grossesse demande ordinairement quarante semaines ou dix mois lunaires, ou neuf mois solaires et une semaine. Mais une foule de circonstances peuvent avancer un peu le travail, et il est même possible que le temps de la grossesse soit complété et que l'enfant atteigne sa grosseur ordinaire une ou deux semaines avant la fin du neuvième mois. D'un autre côté, il est également certain que quelques causes que nous ne pouvons expliquer, ni découvrir, ont le pouvoir de prolonger la grossesse, et la femme peut porter son enfant plus long-temps que neuf mois (1), et l'enfant qui naît n'est pas plus gros que d'ordinaire. On ne peut aisément déterminer de combien de temps le travail peut être différé au-delà de l'époque ordinaire, mais il excède rarement deux jours, en comptant le commencement de la grossesse, à partir de la veille du jour où les menstrues auraient dû paraître, si la femme n'avait pas conçu. Le plus long terme que j'aie trouvé est de dix mois et dix jours, à partir de la dernière menstruation. Dans le cas d'une dame qui alla jusqu'à ce temps, sa période menstruelle était ordinairement de cinq semaines, et dans ses autres grossesses elle allita exactement deux jours avant l'expiration des dix mois, à partir de la dernière menstruation.

---

le rapport de 16 à 15; celui des enfants illégitimes est différent, savoir : de 23 à 22. En somme, chaque mariage produit presque quatre enfants. La proportion des enfants morts-nés varie suivant les différents pays; mais dans tous il y a plus de garçons que de filles, plus d'enfants illégitimes que de légitimes. A Paris, sur plus de 16 naissances, il meurt un garçon, et une fille sur plus de 19. A Genève, la soixante-dixième partie de tous les enfants meurt, tandis qu'en Bohême ce n'est que la soixante-troisième. A l'hôpital de Dublin, si nous retranchons les naissances avant terme et que nous prenions celles qui sont à terme, il paraît, d'après les tables du docteur Collin, qu'un vingtième meurt en naissant. A Glascow, si l'on consulte le registre des baptêmes et des décès, l'on trouve pendant une année un quinzième; dans une autre, un vingt-troisième; la dernière année (1836), il y eut 702 enfants morts-nés d'enterrés; mais cette liste renferme tous les fœtus venus avant terme. Il y avait 3,225 naissances portées sur le registre, mais il faut observer qu'un grand nombre ne sont pas enregistrés, et que, par conséquent, le calcul n'est pas exact.

(1) Archiv. gén., xx, 76.

(1) D'après la loi de ce pays, un enfant né six mois après le mariage de la mère, ou dix mois après la mort du père, est regardé comme légitime. Dans le rapport donné dans la cause de Gardner Peerage, publié par le docteur Lyal, il y avait une grande différence dans les opinions. Quelques accoucheurs limitaient la période strictement à quarante semaines ou deux cent quatre-vingts jours; d'autres pensaient qu'elle pouvait s'étendre à trois cent onze jours. Le docteur Merrimann dit que sur cent quatorze grossesses calculées à partir du dernier jour de la menstruation, et dans lesquelles les enfants parurent à terme, trois arrivèrent à la fin de la trente-septième semaine, treize dans la trente-huitième, quatre dans la trente-neuvième, trente-trois dans la quarantième, vingt-deux dans la quarante et unième, quinze dans la quarante-deuxième, zéro dans la quarante-troisième, quatre dans la quarante-quatrième semaine; quelques-uns dépassèrent ce terme : d'où le plus grand nombre de grossesses se trouve dans la quarantième semaine, ensuite dans la quarante et unième. (Med. chir. trans., vol. XIII.) Le docteur Montgomerry cite un cas à sa connaissance où une dame alla jusqu'à deux cent quatre-vingt-onze jours à partir de l'époque de la conception, et un autre cas où la dame vit ses règles dans la première semaine de janvier, et accoucha le 14 novembre.

CHAPITRE XVI.

DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE GROSSESSE.

SECTION Ire. — *Volume et position de l'utérus*

Quand nous comparons l'utérus dans l'état de non gestation et dans celui d'une grossesse arrivée à terme, nous devons être étonnés du changement qui est survenu pendant la gestation seulement dans son volume. — Au neuvième mois, le volume de la matrice est tellement augmenté qu'elle s'étend presque jusqu'à la fourchette cartilagineuse du sternum; et cette augmentation s'opère graduellement, mais non pas également dans des temps donnés, car l'on trouve que l'utérus grossit plus vite dans les derniers que dans les premiers mois de la grossesse : cela est vrai, cependant eu égard à l'accroissement absolu; car dans le premier mois l'utérus double peut-être de volume, mais il ne continue pas dans la même proportion; il n'est pas deux fois aussi large dans le neuvième que dans le huitième mois. — Dans le commencement du second mois, l'utérus s'est développé dans toutes ses parties sans changer beaucoup de forme. Vers la fin du troisième mois, il a généralement, depuis l'orifice jusqu'au fond, environ cinq pouces, dont un appartient au col. Dans le quatrième mois, il s'élève un peu plus haut et il a cinq pouces depuis le fond jusqu'au commencement du col. Dans le cinquième mois, il devient assez volumineux pour distendre le ventre; on peut le sentir comme un corps rond s'étendant jusqu'au milieu d'une ligne tirée du pubis à l'ombilic, et il a environ six pouces depuis le col jusqu'au fond; dans les deux autres mois, il atteint l'ombilic et il a environ huit pouces. Dans le huitième mois, il monte encore plus haut et s'élève jusqu'à la moitié de la ligne tirée du sternum à l'ombilic. Dans le neuvième mois, il touche presque à l'extrémité de cet os, du moins dans une première grossesse, lorsque la résistance des parois l'empêche de s'incliner aussi en avant qu'il le fait dans la suite. A cette époque, il a, du sommet au fond, environ douze pouces, et du fond au bord du bassin onze pouces; il est plus rond qu'elliptique dans sa forme, la partie la plus large est un peu au-dessus du milieu, et elle a dix pouces. Pendant le premier mois, la forme de l'utérus est peu changée; cet organe grossit dans toutes les dimensions; mais ensuite il s'étend en avant et en arrière, et bientôt il devient circulaire, et le col non distendu reste suspendu comme un cylindre. Après le cinquième mois, l'utérus devient plus oblong, et vers le septième il ressemble à un ballon. Ces calculs ne sont pas toujours exacts et ne conviennent pas à tous les cas; ils admettent des modifications. — Dans la grossesse, l'ouverture de l'utérus est dirigée en arrière, tandis que le fond s'appuie en avant; cette obliquité cependant n'a lieu que lorsque l'utérus commence à sortir du bassin, et elle existe toujours à un plus haut degré chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants.

D'après cette position, il est évident que les intestins ne peuvent jamais se placer devant la matrice, mais ils doivent rester derrière cet organe ou le long de ses parois. L'utérus est ordinairement dirigé du côté droit; mais dans les derniers mois, si les parois de l'abdomen ne sont pas trop lâches, il s'élève plus perpendiculairement. — Avant la descente de l'œuf, l'utérus commence à grossir, surtout à sa partie supérieure ou à son fond, et il est bon de remarquer que la face postérieure de la matrice se distend davantage que l'antérieure, comme on le constate en examinant la situation des orifices et les trompes de Fallope. — Quand le fond commence à se développer, il ne devient pas seulement plus lourd, mais aussi il présente une plus grande surface pour la pression des intestins qui sont au-dessus; par conséquent, l'utérus descendra naturellement plus bas dans le bassin, et ainsi il projettera davantage dans le vagin, et il restera dans cette position jusqu'à ce qu'il devienne assez volumineux pour s'élever au-dessus du bassin : cette élévation a lieu généralement vers la sixième semaine de la grossesse, si le bassin est bien formé, et l'utérus croîtra dans la proportion ordinaire.

SECTION II. — *Développement de l'utérus, état de son col.*

Dans le cinquième mois de la grossesse, le col commence à se développer, de sorte qu'à la fin de ce mois un quart de sa longueur a été distendu, ce qui contribue à augmenter la cavité utérine. Les autres trois quarts qui se projettent dans le vagin deviennent considérable-

ment plus mous, plus épais et plus spongieux. Dans l'autre mois, la moitié du col est distendue et le reste s'épaissit davantage, ou bien la circonférence de la partie saillante devient plus grande; l'utérus s'est aussi élevé plus haut et le vagin s'est allongé. Dans le septième mois, on peut avec le doigt distinguer la tête de l'enfant, qui presse sur la partie inférieure de l'utérus, ce qu'on peut faire rarement avant cette époque. Dans le huitième mois, le col est presque effacé, et son orifice est aussi haut que la circonférence supérieure du bassin. Dans le neuvième mois, le col est complètement développé, et la totalité de l'utérus plus ample. Les changements du col se reconnaissent en introduisant le doigt dans le vagin et en appréciant la distance qui sépare l'orifice de l'utérus de son corps, que l'on sent s'étendre comme un ballon. — Le volume des lèvres du col et l'étendue de l'orifice ou de la fente de l'utérus, dans l'état de non gestation, ont été déjà décrits. Bientôt après la conception, l'orifice de l'utérus se ferme, dit-on mais ceci n'est exact qu'autant qu'il est fermé à l'extrémité du col par une substance albumineuse. Ses lèvres deviennent un peu plus molles, plus épaisses, et l'orifice quelquefois, mais pas toujours, paraît plus circulaire. Du reste, les changements dans la première période ne sont pas assez marqués pour présenter par eux-mêmes des marques positives de grossesse. A mesure que la grossesse s'avance et que le col s'étend, les lèvres deviennent plus épaisses, et quoique dans quelques cas elles puissent se raccourcir, cependant elles continuent toujours de faire saillie jusqu'au commencement du travail. Toute la surface interne du col de l'utérus, pendant toute la durée de la grossesse, se couvre de follicules glanduleux qui sécrètent une mucosité épaisse et visqueuse : celle-ci s'étend d'un côté à l'autre, remplit parfaitement le sommet de l'orifice utérin, et s'interpose ainsi comme pour préserver les membranes contre tout corps étranger. Par la macération, on peut extraire cette mucosité tout entière, tandis qu'on obtient la forme du follicule en le faisant flotter dans des esprits saturés de bon vinaigre.

SECTION III. — *Fibres musculaires.*

Vesale décrit trois couches de fibres musculaires : l'une transversale, l'autre perpendiculaire et la troisième oblique. Malphigi les décrit comme formant une espèce de réseau, tandis que Ruysch soutient qu'elles paraissent au fond de l'utérus en des plans concentriques, qui forment un muscle orbiculaire. Le docteur Hunter les représente comme transversales dans le corps de l'utérus; mais au fond il décrit des cercles concentriques autour de chaque trompe de Fallope. Ces contradictions, parmi les anatomistes, servent à montrer ce que l'on peut aisément voir en examinant l'utérus, c'est que les fibres ne sont pas très-régulières, ni distinctes dans leur direction; mais les circulaires paraissent prédominer. Les lèvres de l'utérus ont peu de fibres musculaires, si toutefois elles en ont. — L'augmentation du volume de l'utérus n'est point entièrement due à l'addition de fibres musculaires; celles-ci deviennent, il est vrai, plus grosses et plus développées, mais elles ne contribuent pas autant à augmenter le volume que l'élargissement des vaisseaux sanguins, et peut-être le dépôt de substances cellulaires; c'est ce qui donne à l'utérus une texture si spongieuse, et le rend si élastique qu'une petite ouverture y peut être largement pratiquée sans le déchirer. A l'examen, il paraît que, quoique la totalité de l'utérus ne devienne pas plus mince en proportion de son accroissement, cependant, à une époque très-avancée, les parois de la matrice deviennent un peu plus minces près de l'orifice, tandis que le fond reste le même, ou peut-être devient un peu plus épais, du moins à l'endroit où s'attache le placenta.

SECTION IV. — *Ligaments.*

Celui qui comprend l'anatomie des ligaments de l'utérus dans l'état de vacuité de cet organe, ne sera pas surpris de trouver un grand changement dans leur situation et dans leur direction, produit par la grossesse. Le ligament large, qui n'est qu'une extension du péritoine qui revêt les parois de la matrice, est au neuvième mois, par le développement de ce viscère, étendu complètement sur sa surface, et par conséquent, si nous allions à la recherche de ce ligament, nous serions désappointés : ses replis sont séparés et étendus mollement sur l'utérus. Il sera donc évident que l'on ne peut plus trouver les ovaires et les trompes de Fallope flottant en liberté dans le

bassin, ni les ligaments ronds se séparant en angle aigu, du fond de l'utérus pour se rendre dans l'aine. Tous ces organes sont contenus dans les replis du péritoine ou dans les ligaments larges, et comme ceux-ci sont étendus sur l'utérus, il s'ensuit que les ovaires, les trompes et les ligaments ronds, surtout ces derniers, ne peuvent plus se détacher aussi librement de l'utérus, mais doivent être appliqués sur sa surface, à cause de l'extension du péritoine. Cette description ne s'applique qu'à l'état de l'utérus au neuvième mois de la grossesse. A une période moins avancée, l'on peut voir flotter facilement le ligament, de sorte que les ovaires sont plus distants l'un de l'autre, l'extrémité libre de la trompe s'élargit, devient plus vasculaire, et forme une espèce de cavité appelée l'antre. Quant à l'état des ovaires, il a été déjà décrit.

SECTION V. — *Des vaisseaux de la matrice.*

J'ai déjà fait remarquer l'origine et la distribution des vaisseaux sanguins de l'utérus; je n'ai plus qu'à ajouter que dans la grossesse ils deviennent bien plus volumineux, même avant que l'ovule soit bien distinct : l'on trouve l'artère utérine, lorsqu'elle est injectée, aussi grosse que le tuyau d'une plume d'oie, en voyant de larges branches autour du col de l'utérus, et le long des parois de la matrice. L'artère spermatique ou celle de l'ovaire est du reste la principale source du sang, et à une époque avancée elle envoie de nombreuses branches tortueuses le long de l'utérus. A mesure que la grossesse avance, les troncs et surtout les branches deviennent encore plus gros, surtout à l'endroit où le placenta s'implante. Les reins s'élargissent dans la même proportion que les artères; elles ne sont pas munies de valvules, et elles reçoivent le nom de sinus. Les vaisseaux lymphatiques sont très-gros et très-nombreux. Les nerfs ont déjà été décrits, ils augmentent de volume pendant la grossesse ainsi que leurs ganglions.

SECTION VI. — *Du fœtus.*

Quoique les anatomistes aient eu beaucoup d'occasions d'examiner non-seulement les avortements, mais aussi l'utérus lui-même à une époque avancée de la grossesse, cependant ils n'ont pas encore déterminé exactement le temps précis où l'ovule entre dans la matrice, ni celui où le fœtus devient visible. Cela peut dépendre en partie du manque d'information touchant le nombre exact des jours, qui se sont écoulés entre la fécondation et notre examen, et en partie peut-être des irrégularités qui surviennent dans la grossesse de la femme, et qui sont dues à différentes causes. Dans une dissection faite par feu M. Hunter, et rapportée par M. Ogle (1), on ne put trouver aucun ovule, ni dans l'utérus, ni dans les trompes, quoique l'on conjecturât qu'il s'était déjà écoulé un mois depuis le temps de la fécondation. J'ai examiné avec soin trois utérus dans le premier mois, à partir de la dernière menstruation, et je n'ai pu découvrir ni ovule, ni fœtus; mais je ne puis préciser la date exacte de la fécondation. Sir Ehome donne le dessin d'un utérus fécondé, qui fut trouvé chez une femme que l'on suppose avoir été enceinte huit mois avant sa mort. Il correspond exactement pour la forme à ceux auxquels j'ai fait allusion. Il s'imagina avoir vu un ovule, mais d'après la description qu'il en a faite, il n'y a pas de doute qu'il ne se soit trompé; nous ne pouvons pas calculer par analogie, d'après les animaux; et même sur ce point ceux qui font des recherches ne sont pas d'accord. Chez la lapine, dont la période de gestation est de trente jours, le docteur Haighton dit n'avoir pas trouvé d'ovules dans l'utérus avant le septième jour, tandis que Coste dit les avoir trouvés au bout de vingt-quatre heures. M. Jones les trouva encore dans les trompes au troisième jour. Coste, au sixième jour, trouva l'ovule qui n'avait point augmenté de volume, dans la corne de l'utérus d'une brebis. D'après une observation de Baër, il paraît que la membrane caduque est formée vers le huitième jour, et alors l'ovule sort de la vésicule. Le docteur Rainy me montra un cas d'avortement qui eut lieu entre la période menstruelle, et où la vraie membrane caduque était bien formée, qui en se réfléchissant formait une cavité aussi large qu'un pois. Dans cette cavité on avait vu une petite tache que l'on supposait être l'ovule. Weber trouva chez une femme qui s'était empoisonnée huit jours après la conception, entre la surface de l'utérus et les membranes caduques, une vésicule rugueuse qu'il pen-

(1) Transactions of a society, etc., vol. II, art. 6.

sait contenir un embryon. Velpeau, dans un avortement déterminé pour être au treizième jour, trouva un embryon distinct, avec des vésicules et des membranes. Le docteur Combe avait une préparation contenant un petit embryon, mais on supposait qu'il avait vingt-deux jours. Muller, à trente-quatre jours, trouva que l'embryon avait deux lignes et demie de long; mais à la fin de la troisième semaine, Velpeau dit que si on l'étend, il a quatre ou cinq lignes. Il se recourbe, à cette époque, tellement, qu'il forme presque un cercle. Dans la sixième semaine, il est recourbé et ressemble, lorsqu'il flotte dans l'eau, à un pois coupé en deux. Une semaine après, il est aussi gros qu'une petite abeille. A la dixième semaine, il a la grosseur d'une fève de marais. Toutefois le volume paraît varier suivant la grosseur naturelle du fœtus, et suivant d'autres circonstances que nous ignorons. C'est ce qui explique la différence qui existe dans les dessins des différents auteurs.

L'embryon paraît d'abord à l'œil nu, comme deux corps ovalaires de grosseur inégale, unis ensemble et formant une courbe et même presque un cercle. L'un est la tête, l'autre le tronc. La tête est un sac membraneux qui est volumineux en proportion du corps; mais après le premier mois, le volume relatif diminue. En l'ouvrant on n'y trouve qu'une pulpe molle, au bout de quelque temps paraît la face, dont les traits les plus saillants sont les yeux; ceux-ci sont proportionnellement plus gros dans l'embryon que dans le fœtus plus avancé, et ils sont placés très-bas. La face elle-même est petite comparée au crâne. Le nez n'apparaît qu'à la fin du second mois, mais un peu plus tôt on peut observer deux ouvertures dans la situation des narines. La bouche forme d'abord un trou rond, mais par degrés les lèvres apparaissent, et après le troisième mois, elles se forment, mais elle n'adhèrent point ensemble. L'oreille externe n'est point formée tout d'un coup, mais par parties, et elle n'est point entièrement formée avant le cinquième mois, et alors même elle diffère, pour la forme, de celle que l'enfant aura après la naissance; car elle est comme un cercle légèrement déprimé; les extrêmités paraissent de bonne heure, comme les boutons d'une plante. Les bras sont dirigés obliquement en avant vers la face, et sont plus gros que les extrémités inférieures. Les parties génitales, pendant quelque temps, se voient à peine, mais au troisième mois elles sont développées en proportion du corps.

Le fœtus ne croît pas dans une proportion uniforme, mais, comme l'a observé le savant anatomiste Sœmmering, l'augmentation est plus prompte dans le troisième que dans le second mois; au commencement du quatrième il devient plus lent, et continue de même jusqu'au milieu du même mois, où il s'accélère de nouveau. Dans le sixième mois il se ralentit encore et les progrès sont lents pendant le reste de la grossesse. Dans le fœtus les extrémités inférieures ne croissent pas dans la même proportion que les supérieures, et par conséquent, comme Chaussier l'a remarqué, le centre du corps varie selon les différentes périodes. A neuf mois il est placé un peu au-dessus de l'ombilic, tandis que chez l'adulte il est au bord supérieur du pubis. A la fin du huitième mois il est à un pouce au-dessus de l'ombilic. Au sixième mois il est à l'extrémité du sternum, et au septième mois il est entre ce point et l'ombilic. On a proposé, en consultant cette mesure, de déterminer dans les cas douteux, l'âge du fœtus. On retire plus d'instruction de l'examen du système osseux, vu que les différents os commencent à s'ossifier à des époques fixes. Cependant quelque incertitude se rattache à cette règle, et elle est encore plus grande pour les signes tirés du développement du cerveau. Dans la première période il n'y a point de cerveau, mais seulement le cordon de la moelle épinière, de sorte que le fœtus ressemble à un animal du dernier ordre. Vers le second mois on découvre le cerveau qui est très-petit et évidemment formé par un prolongement de la moëlle. On ne voit point le pont de Varole avant le quatrième mois. Les corps pyramidaux sont visibles dans le cinquième mois, et les corps olivaires ne le sont pas avant le septième. On ne voit point non plus avant cette époque les circonvolutions cérébrales. Avant le sixième mois le cerveau est semi-fluide. Les cheveux ne poussent point sur la tête avant le sixième mois, et, même alors, ils sont très-courts, épars et légèrement colorés. Les ongles ne sont pas distincts; les paupières sont fermées, et la membrane pupillaire ferme la pupille. Le cœur est gros en proportion des poumons. Au septième mois la membrane pupillaire disparaît, les paupières s'ouvrent, les

ongles sont plus distincts, les cheveux plus longs et plus épais, et, en incisant la peau, l'on découvre, pour la première fois, quelque dépôt de graisse. Auparavant les cellules ne contenaient que de l'albumine. Au troisième mois, la peau devient d'une couleur plus brillante, les cheveux sont plus longs, il y a une plus grande sécrétion de graisse; le fluide contenu dans la vésicule biliaire approche davantage de la bile pour la couleur et le goût; le colon et le rectum sont presque remplis de méconium. A neuf mois les ongles sont entièrement formés, les cheveux couvrent la tête et ont leur couleur naturelle, les cellules de la peau sont remplies de graisse, les poumons sont volumineux, la valvule du trou ovale est complètement formée, le conduit artériel est presque égal à l'aorte et a un pouce de long.

La proportion entre le poids du fœtus et ses enveloppes est inverse au commencement et à la fin de la grossesse. Quand l'embryon ne pèse pas plus d'un scrupule, les membranes sont presque aussi grosses qu'un petit œuf; même lorsque le fœtus n'est pas plus gros qu'une mouche, les membranes ressemblent pour la forme et le volume à une grosse noix. D'un autre côté, à neuf mois, lorsque le fœtus pèse sept livres, le placenta et les membranes ne pèsent pas une livre et demie, et la proportion de la liqueur amniotique est grandement diminuée. A la douzième semaine le fœtus pèse presque deux onces, et il a, lorsqu'il est tendu, environ trois pouces. Les membranes sont plus grosses qu'un œuf d'oie, et pèsent, y compris la liqueur amniotique, plusieurs onces. Au quatrième mois le fœtus a cinq ou six pouces de long. Au cinquième mois il a depuis six jusqu'à sept pouces. Au sixième mois le fœtus est parfaitement bien formé, et il a neuf à dix pouces, et pèse environ une livre; tandis que le placenta et les membranes pèsent environ une demi-livre en retranchant la liqueur de l'amnios. Le fœtus est alors si développé dans ses fonctions, qu'il y a eu des exemples, quoique très-rares, où il a continué de vivre, après être venu au monde à une époque aussi prématurée. Au septième mois il a gagné environ trois pouces en longueur, et il peut alors vivre indépendamment de l'utérus, quoique, même à cette époque, il court la chance de ne survivre que six heures à l'accouchement. Au huitième mois il a depuis quinze jusqu'à dix-sept pouces, et il pèse quatre ou quelquefois cinq livres, tandis que les enveloppes pèsent à peine une livre. Ces calculs varient suivant le sexe de l'enfant, et aussi suivant la conformation des parents, ce qui explique la latitude que j'ai donnée dans la longueur, qui est moindre que celle qui est fixée par quelques auteurs, mais ce n'est pas ma faute. Les enfants mâles pèsent ordinairement plus que les filles. Le docteur Rœderer conclut de ces remarques que la longueur d'un garçon à neuf mois est, terme moyen, de vingt pouces et un tiers, tandis que celle d'une fille est de dix-neuf pouces et dix-sept huitièmes (1). Le docteur Joseph Clarke a donné un tableau du poids comparatif des enfants mâles et femelles à neuf mois, d'où il résulte que, quoique la plus grande partie des deux sexes pèsent sept livres, cependant il y a plus de filles que de garçons qui soient au-dessous de ce poids, et plus de garçons que de filles qui soient au-dessus de cette estimation. Ainsi, tandis que sur soixante garçons et soixante filles, trente garçons et vingt-cinq filles pesaient sept livres, il y avait quatorze filles et seulement sept garçons qui pesaient six livres. D'un autre côté il y avait seize garçons et seulement huit filles qui pesaient huit livres. En prenant le terme moyen du poids des deux sexes, on trouvera que douze garçons sont aussi lourds que treize filles. A la Maternité, le poids moyen était de six livres et demie; sur trente-cinq enfants il y en avait dix qui pesaient moins de six livres. Dans le rapport du Wurtemberg il est dit que quelques enfants pesaient, à leur naissance, depuis neuf jusqu'à quinze livres, et avaient depuis dix-neuf pouces et demi jusqu'à vingt-huit pouces de long. Le placenta, dans quelques cas, pesait trois livres. Le placenta d'un enfant mâle pèse, terme moyen, une livre deux onces et demie, tandis que celui d'une fille pèse une demi-once de moins. Les enfants femelles, qui à neuf mois pèsent moins de cinq livres, vivent rarement, et il y a peu de garçons pesant même cinq livres qui survivent; ils éprouvent généralement de la faiblesse dans leurs fonctions et ils meurent au bout de quelque temps.

---

(1) Une fille a généralement dix-neuf pouces et demi, quelquefois près de vingt pouces. La circonférence de la tête à la partie la plus large est un peu moins de treize pouces.

— Quand il y a deux enfants dans l'utérus, le poids de chacun est généralement moindre que celui du fœtus qui est seul, mais leur poids réuni est plus grand. Quand une femme a deux jumeaux, il arrive ordinairement que les deux enfants sont petits, ou que l'un est d'une grosseur modérée et l'autre un avorton. Quoique j'aie vu des cas où les deux enfants étaient plutôt au-dessus qu'au dessous de la mesure ordinaire. Le poids moyen de douze jumeaux examinés par le docteur Clarke était de onze livres les deux, ou de cinq livres et demie pour chacun. Les jumeaux demandent plus de nourriture du côté de la mère, et une plus grande action du côté de l'utérus, car il faut que deux placenta remplissent leurs fonctions. La matrice est généralement plus distendue et occasionne une plus grande excitation. Il y a plus de sang qui y circule, et le poids du contenu est à celui pour un seul enfant, comme vingt est à quinze. La grossesse double produit un plus grand effet sur l'économie, rend les femmes plus sujettes aux maladies et moins capables de leur résister; d'où la chance de la guérison a été supposée être chez elles quatre fois moins grande que chez celles qui n'ont qu'un enfant. Les deux enfants étant plus faibles que lorsqu'il n'y en a qu'un, ils sont plus exposés aux maladies et comme la mère est moins capable d'allaiter les enfants après un accouchement de deux jumeaux, un grand nombre périssent, lorsqu'on aurait pu les sauver en donnant aussitôt, après la naissance, une bonne et vigilante nourrice, à l'enfant le plus faible. — Quand le nombre des enfants dépasse deux, le poids commun n'augmente pas. Ainsi le docteur Hull de Manchester vit un accouchement de cinq enfants, qui réunis ne pesaient pas plus de deux livres et un quart. Leur longueur allait depuis huit jusqu'à neuf pouces, et deux naquirent vivants.

On a calculé la proportion des accouchements où il n'y avait qu'un seul enfant avec ceux où il y en avait plusieurs. Dans l'hôpital de Dublin, une femme sur cinquante huit, avait des jumeaux; dans l'hôpal britannique destiné aux accouchements, il y en avait une sur quatre-vingt-onze; dans l'hôpital de Westminster, il y en avait une sur quatre-vingt. Dans ma pratique, j'en ai rencontré une sur quatre-vingt-quinze. Dans l'hôpital de Dublin, on n'a trouvé un accouchement de trois enfants, qu'une fois sur cinq mille cinquante; on n'en a pas vu de plus de trois enfants une fois sur vingt mille. Dans la maison d'accouchement de Paris, il y eut dans l'espace de vingt ans, 37,441 naissances d'un seul enfant, 444 jumeaux, et 5 grossesses triples. Dans le Wurtemberg il y avait une double grossesse sur environ 86 cas, et une grossesse triple sur environ 7,000.—La proportion d'enfants mâles nés d'une grossesse simple, est comme on l'a déjà remarqué, plus grande que celle des enfants femelles, mais dans l'hôpital de Westminster, il est bon de remarquer que le nombre des jumeaux mâles était seulement de 16, tandis que celui des filles était de 30. Dans l'hôpital de Dublin, le docteur Collins fait la proportion des garçons aux filles dans le rapport de 24 à 23.

SECTION VII. — *Des particularités du fœtus.*

Il y a chez le fœtus un grand nombre de caractères spéciaux qui le distinguent de l'adulte, et qui se perdent après la naissance, ou qui disparaissent graduellement pendant la gestation. Particulièrement le foie est d'une grosseur énorme, ce qui rend le ventre plus saillant que le thorax; à la naissance il s'étend tout-à-fait dans le flanc gauche, et le bord inférieur des deux lobes est presque parallèle à l'ombilic. Le foie paraît de bonne heure, croît rapidement jusqu'au quatrième mois, après quoi son accroissement est plus lent. Chez l'enfant, après la naissance, la plus grande quantité du sang dans le foie est veineux; la bile paraît en être sécrétée. Mais chez le fœtus le sang est de nature plutôt artérielle, et il n'y a point de bile de secrétée, mais un fluide verdâtre, différent quant à ses propriétés. La vésicule bilieuse remplit à peine le sillon où elle est logée; elle a environ un pouce un quart de long sur trois huitièmes de large. La veine ombilicale qui contient du sang pris dans le placenta, entre dans le foie et envoie de fortes branches au côté gauche. La veine porte entre aussi dans le foie et se ramifie du côté droit, tandis qu'une branche ou un canal de communication est envoyé de la veine ombilicale à la veine porte. Ainsi le côté gauche est entièrement alimenté prr du pur sang provenant du placenta, et le côté droit par un mélange de sang pur et impur, qui ne forme pas une bile parfaite. Après la naissance, comme la circulation venant du placenta

est arrêtée, les branches de la veine ombilicale qui alimentaient le côté gauche, deviendraient vides, si le canal qui auparavant servait à charrier du sang de cette veine à la veine porte, ne permettait maintenant à ce dernier vaisseau de remplir les branches du côté gauche, et dès-lors il fait partie du système de la veine porte. Tout le foie est ainsi fourni de sang entièrement veineux. Il se forme de la bile, et quelquefois en quantité considérable. La fissure entre ses deux lobes est placée sur une ligne qui va de l'ombilic au sternum et se trouve à mi-chemin entre ces points; la veine ombilicale descend presque en ligne droite de l'ombilic et pénètre dans la fissure, quoiqu'une ligne perpendiculaire approcherait plutôt du bord gauche que du bord droit. La distance de l'ombilic à l'entrée de la veine, entre les lobes du foie, est depuis trois quarts de pouce jusqu'à près d'un pouce. Les artères, si on les suit en bas, sont jusqu'à un demi pouce presque parallèles, en s'écartant l'une de l'autre à peine d'un huitième de pouce, mais à mesure qu'elles descendent le long de la vessie elles se séparent, et au bord du bassin, il y a trois quarts de pouce entre leurs parois externes. — Le sang du fœtus diffère de celui de l'adulte. Il forme un caillot moins solide, car au lieu d'une matière fibrineuse, il donne un tissu mou presque gélatineux. On dit qu'exposé à l'air, il ne rougit pas (1) et qu'il ne contient point de phosphate, mais aussitôt que le fœtus a respiré, la matière colorante exposée au gaz oxygène, acquiert la couleur du vermillon, et il se forme des sels, surtout du phosphate de chaux. L'on sait que si l'on fait passer un courant d'air dans les poumons d'un enfant mort-né, le sang devient brillant.

L'estomac est petit; ses deux orifices sont à la distance d'un pouce et demi l'un de l'autre, et sa portion la plus large est seulement d'un pouce un quart. Il contient un peu de liquide. Les intestins que l'on voit d'abord comme des fils partir de l'estomac, sont plus rouges, et l'on dit qu'ils sont plus longs en proportion du corps, chez le fœtus que chez l'enfant. Ils ne sont pas d'abord couverts, mais quelque temps après les muscles abdominaux et les téguments forment une enveloppe complète; les petits intestins contiennent de l'albumine rouge; les gros intestins sont remplis, à l'exception d'une portion qui est presque vide, d'une substance molle d'un vert foncé, appelée le *méconium*. Les testicules reposent sur les muscles psoas; mais généralement avant la naissance, ils descendent dans le scrotum. L'époque où cette descente a lieu est variable; quelquefois ils sortent de l'abdomen au sixième mois, quelquefois ils n'en sortent pas avant le huitième, ni après la naissance. Les ovaires, dans le cinquième ou sixième mois, sont couchés à travers les muscles psoas et iliaques, parallèlement au ligament de Poupart, entre lui et le colon. A neuf mois ils sont placés sur les muscles psoas, et les trompes s'étendent sur les muscles iliaques, presque jusque sur la crête iliaque; l'utérus est en grande partie hors du bassin, mais caché d'abord par la vessie, qui se trouve devant; il a évidemment une forme triangulaire; comme chez l'adulte, il a à son fonds depuis cinq huitièmes de pouce jusqu'à trois quarts de long, et un demi pouce de large; les reins ont un pouce trois quarts de long, et ils sont lobulés; les uretères sont épais; les glandes rénales sont rouges et volumineuses. La vessie est plus conique et plus allongée que chez l'adulte; la rate a un pouce trois quarts sur trois huitièmes de volume; les poumons sont denses et fermes, et une partie d'une glande volumineuse appelée le *thymus* est contenue dans le thorax; deux larges corps vasculaires appelés les faux reins, où d'après le nom de celui qui les a décrits, les corps de Wolff, s'étendent, au moment de leur plus grande dimension, qui arrive vers le milieu de la grossesse, le long de toute l'épine, un de chaque côté; ils disparaissent avant la naissance, et d'eux se forment les véritables reins, les testicules, les ovaires et les trompes. Le ligament rond, chez la femme, a beaucoup d'analogie avec les conduits séminaux chez l'homme; tous les deux servent à conduire, en quelque sorte, les ovaires ou les testicules, à leur dernière position; les trompes de chaque côté descendent lentement, et s'unissent à la fin, de manière à former une matrice, dont le col paraît ensuite, et l'organe s'enfonce davantage dans le bassin, quoique même après la naissance les ovaires ne quittent le détroit supérieur que long-temps après. La structure du cœur est différente d

(1) Bichat a fait des expériences pour constater ce fait, sur des cochons d'Inde, et il trouva toujours le sang du fœtus noir. (Anatomie générale, tom. II, p. 544.)

celle que l'on observe après la naissance, car quoique les oreillettes soient divisées en deux cavités, cependant on les voit chez le fœtus humain communiquer librement entre elles par une ouverture dans la cloison, et même lorsqu'elle est fermée, elle ne l'est que par une valvule qui permet au sang de passer du côté droit dans le côté gauche; on le nomme le trou de Botal, qui se ferme après la naissance. Une autre particularité du cœur du fœtus, c'est que l'artère pulmonaire qui, quoique se divisant en deux branches pour les poumons, envoie cependant une troisième branche encore plus volumineuse, directement dans l'aorte, justement à sa courbure, et c'est ce qu'on appelle le conduit artériel. Le sang est reçu du placenta à l'état de pureté par la veine ombilicale, qui après avoir fourni des branches au foie, se continue en avant pour se terminer dans la veine cave ou dans la plus grosse des veines hépatiques, et cette continuation se nomme le conduit veineux. Le sang mélangé qui se trouve dans la veine cave est porté à l'oreillette droite et de là au ventricule droit. L'artère pulmonaire devrait le faire passer aux poumons, mais cela serait inutile chez le fœtus, par conséquent la plus grande partie passe par le canal artériel dans l'aorte, d'où il s'ensuit que, comme les poumons reçoivent peu de sang, les veines pulmonaires n'en doivent rapporter que peu à l'oreillette gauche. Or, pour obvier à cela, et pour remplir cette oreillette en même temps que la droite, le trou de Botal a été formé. Ainsi comme le sang peut passer librement de la droite à la gauche, on doit considérer les deux oreillettes comme ne formant qu'une seule cavité, se remplissant et se vidant dans le même temps.

L'aorte se distribue aux différentes parties du corps, mais avec cette particularité que les vaisseaux hypogastriques se dirigent vers l'ombilic, et s'échappent du fœtus pour former les artères ombilicales. Après la naissance, ces artères s'oblitèrent dans leur trajet à l'ombilic, et le trou de Botal, ainsi que le conduit artériel, sont fermés. Des plaques cartilagineuses se forment sur la tête, qui se convertissent graduellement en os. Ceux-ci, à la naissance, ne sont unis que par des membranes intermédiaires. La pupille, jusqu'au septième mois, est fermée par une membrane, et les paupières pendant six mois adhèrent entre elles. On a dit qu'il n'y avait point de pigment noir ni de vaisseau muqueux avant la naissance; mais cela ne me paraît pas exact, pas plus que l'assertion qu'un enfant de nègre est aussi blanc qu'un Européen jusqu'au neuvième jour de la naissance. La peau est recouverte d'une substance blanche qui, quoiqu'onctueuse au toucher, ne fond pas par la chaleur, mais se dessèche et crépite. Elle se mêle aux esprits ou à l'eau au moyen du savon ou de l'huile.

Le fœtus mâle diffère du fœtus femelle par sa tête qui est plus grosse, mais moins arrondie et plus applatie à la partie postérieure. Le thorax est plus long, plus saillant, et formé de côtes plus fortes que chez le fœtus femelle. Chez ce dernier, la poitrine est plus large d'en haut jusqu'à la quatrième côte, et plus étroite en bas. Le ventre aussi est plus saillant et la symphyse pubienne proémine davantage; les extrémités supérieures sont plus courtes que celles du fœtus mâle; les cuisses sont plus épaisses en haut et plus fusiformes aux genoux. Le docteur Sœmmering dit que les épines des vertèbres dorsales inférieures et des premières lombaires, font chez le fœtus mâle une saillie en forme de joug; chez la petite fille elles forment une sinuosité. J'ajouterai que, comme le clitoris est très-gros chez les jeunes fœtus, les filles, dans les avortements, passent quelquefois pour des garçons. Pour la jurisprudence médicale, je renvoie sur ce sujet à un traité détaillé de la longueur du poids, etc., du fœtus et de ses différents organes à diverses époques de la vie intra-utérine, que l'on trouve dans la Med. Leg., par Devergie, tom. I, p. 495, et seq.

Quand dans l'utérus le fœtus prend la position où il occupe le moins de place, le tronc est courbé un peu en avant, le menton est abaissé sur la poitrine, les genoux sont accollés au ventre et les jambes sont couchées le long de la partie postérieure des cuisses, et les pieds se croisent l'un sur l'autre; les bras sont jetés dans l'espace vide entre la tête et les genoux. Telle est la position générale, et l'enfant forme ainsi un ovale, dont les deux extrémités sont fermées par la tête et par les cuisses; un côté est formé par l'épine et la partie postérieure de la tête et du cou, et l'autre par la face et les membres fléchis. Le grand axe de cette ellipse a dix pouces au neuvième mois, et le petit, cinq ou six pouces; au huitième mois, le grand axe a

huit pouces, au sixième, il a entre quatre et cinq pouces; au quatrième mois il a près de trois pouces et demi, et au troisième mois il a environ un pouce de moins. Au reste, dans les premiers mois, il n'y a pas d'ellipse régulière de formée, et la mesure est prise de la tête aux cuisses, qui, plus tard, forment les extrémités de l'ellipse; les membres inférieurs sont d'abord petits et flexibles, et ils sont pliés vers le tronc.

SECTION VIII. — *Ovologie ou développement de l'embryon.*

On ôtant la coquille d'un œuf de poule, l'on trouve qu'elle a été tapissée par la membrane *putamenis*, composée de deux couches, séparées à la grosse extrémité de manière à former un petit sac appelé le follicule aérien. Au dedans de cette membrane, se trouve l'albumine qui est plus mince à la surface que profondément. Si l'œuf est ouvert sous l'eau, l'on trouve que ces deux portions d'albumine, l'externe et l'interne, sont réellement séparées l'une de l'autre par une membrane très-fine qui paraît envoyer des prolongements irréguliers à travers l'albumine épaisse, et on la suit très-distinctement jusqu'aux *chalazæ*, et de là sur tout le jaune, de manière à former une enveloppe délicate. Outre cette couche fine, appelée par Dutrochet la membrane *chalaziféreuse*, le jaune est recouvert de sa propre membrane, appelée membrane vitelline. En l'ôtant, on ne voit pas s'échapper le jaune; il conserve toujours sa forme à cause plutôt d'une condensation apparente de ses granulations ou de sa substance, que d'une membrane qui se forme. Cependant, c'est une enveloppe distincte de la membrane granulaire, et elle a été appelée la vésicule blastodermique, et ensuite la vésicule ombilicale. Des extrémités du jaune, il se trouve un *chalaza* placé de manière que, de quelque côté que roule l'œuf, une surface se trouve toujours supérieure, et, sur cette surface du jaune, l'on voit recouverte par la membrane vitelline, et en partie enfoncée dans le jaune ou dans la vésicule, la petite cicatrice, la membrane germinale, ou le blastoderme. Le centre ou le noyau dans lequel les rudiments de l'embryon apparaissent pour la première fois, est clair; le reste est opaque et plus granuleux. La petite cicatrice ne se voit point dans les premiers moments qui suivent la formation du jaune. Ensuite, il n'y a de perceptible qu'une petite modification des corps granuleux, et enfin la cicatrice est fermée. En l'examinant avant que l'œuf ait quitté son canal, on y trouve une petite vésicule contenant un petit point noir appelé la tache germinale, tandis que la vésicule est nommée *Purkinje*, d'après cet auteur, ou est appelée par quelques-uns la vésicule germinale. Elle est d'abord contenue dans le milieu du jaune, mais ensuite elle s'élève dans le centre de la cicatrice; cette vésicule ainsi que la tache disparaissent avant que l'œuf entre dans l'utérus. Le petit blastoderme, qui se compose d'abord d'une couche granulée ou muqueuse, est, après l'incubation, composée d'une couche lisse ou séreuse, de sorte qu'alors il est double. Ensuite, entre ces deux couches, il s'en développe une troisième, contenant du sang, et appelée la couche vasculaire. Toutes les trois entrent dans la composition du fœtus. On suppose que la première compose tout le système des organes de la digestion et des glandes; la seconde forme le système nerveux, les muscles, la peau et les membranes; la troisième est pour le système vasculaire, c'est-à-dire que le tissu générateur est déposé et changé en ces différentes parties. La cicatricule d'abord semble être identifiée avec la membrane granuleuse; mais, dix heures après l'incubation, on peut l'en séparer.

Ces trois couches forment non-seulement l'embryon, mais à mesure que l'incubation s'avance, elles s'étendent sur l'enveloppe granuleuse du jaune, mais jamais elles ne l'entourent complètement. La membrane vitelline, qui recouvre la cicatrice et tout le jaune, doit contenir toutes les parties déjà énumérées, ainsi que tout ce qui doit se former dans la suite, par exemple, l'allantoïde. Mais, à une certaine époque, cette membrane est absorbée et cesse d'exister, étant remplacée par ce qu'on appelle le faux amnios, que je vais décrire.

En laissant de côté pour un moment le développement du poulet, je puis simplifier la chose en décrivant d'abord la formation des membranes. Quand l'embryon commence à se développer par le changement des tuniques du blastoderme, il repose sur le jaune avec ce qui doit être le ventre. Cette cavité n'est pas encore fermée, et de ses bords un dédoublement de la membrane séreuse du blastoderme s'étend sur les côtés et les extrémités de l'embryon jusqu'à son dos, où elle forme une

espèce d'ouverture en forme de bourse, qui bientôt se ferme et ne laisse aucune trace de sa fente ; il se produit ce qu'on peut appeler un ligament extérieur pour le fœtus, mais il n'adhère pas à sa surface. Cependant, il est en contact avec lui, vu qu'il n'y a point de liquide interposé. Il doit y avoir aussi, à cette époque, au ventre une partie où il existe une ouverture dans l'amnios, qui conduit directement dans le ventre ; celle-ci se resserre graduellement et s'appelle l'ombilic. Or, il faut se rappeler qu'à cause du dédoublement de la membrane à l'endroit où passe l'ombilic, qui se continue le long du dos, il doit y avoir dans tout ce trajet deux couches. Si à partir de l'ouverture en forme de bourse nous suivons la membrane interne en avant, nous arrivons au bord de l'ombilic, et cette membrane, qui dans la suite contient de l'eau, est le véritable amnios. Mais, si dans la même direction nous suivons la couche externe, nous trouvons que, lorsqu'elle arrive au jaune, elle ne va pas comme l'autre jusqu'à l'ombilic, mais passe sous la membrane vitelline, et se perd sur la membrane granulée, remplaçant la première qui est alors absorbée. Cette couche est appelée le faux amnios. D'après cette description, il est évident que si quelque corps faisait saillie de l'abdomen, il doit passer entre ces deux couches et être recouvert par celle qui est appelée le faux amnios. Ensuite, l'on trouve qu'une vésicule appelée l'allantoïde ou vésicule ovo-urinaire, s'échappe du rectum. En suivant le développement de cette vésicule, l'on trouve qu'au bout de trente-six heures on peut, à l'aide d'une loupe, la voir faire saillie du rectum et du cloaque, mais elle n'est visible à l'œil nu qu'au quatrième jour ; elle passe en dehors de l'amnios le long de son attache aux parois abdominales, et paraît comme une vésicule remplie d'un liquide transparent, ayant des vaisseaux qui se ramifient sur sa membrane. Ces vaisseaux naissent de l'aorte et retournent au système veineux. Le huitième jour, on la trouve applatie, mais contenant toujours un liquide qui s'étend sur le véritable amnios et sur le jaune jusqu'à la rencontre du jaune avec l'albumine. La membrane vasculaire du jaune, que je n'ai pas encore décrite, ne s'étend pas au-delà de cette jonction. En séparant la partie du jaune de son adhérence à l'albumine, on voit sur cette partie de la poche un large cercle presque comme s'il y avait eu une perte de substance dans la membrane fermée par l'albumine. Au dixième jour, le produit vasculaire n'est plus une poche, le liquide s'est échappé, et les parois, venant en contact, forment ainsi une double couche qui par degrès s'étend sur l'albumine, et vers le quatorzième jour, elle renferme l'albumine et le jaune. Cependant, d'après la description déjà faite du trajet de la vésicule qui existe entre le véritable et le faux amnios, il est bien évident qu'elle doit être recouverte par cette dernière membrane, qui devrait s'interposer entre elle et la membrane de la coque. Mais il n'en est pas ainsi, car le faux amnios est absorbé ou disparaît, et en ôtant la membrane *putamienne*, qui finit elle même par être absorbée, l'on rencontre partout la tunique vasculaire, qui reçoit le nom de chorion. A cette époque, le poulet, s'il est soulevé de l'œuf, doit être trouvé renfermé dans la membrane amniotique avec le jaune qui est suspendu ou attaché à cette poche placée du côté opposé au poulet, mais qui envoie un prolongement nommé le tube vitello-intestinal, à travers l'ouverture de l'amniose vers l'ombilic, pour entrer dans les intestins. On devrait trouver le chorion enveloppant le tout, comme une membrane très-vasculaire ; mais il y a une autre membrane vasculaire qu'il faut décrire et qui se trouve sur le jaune. J'ai dit que le blastoderme consistait en une couche séreuse et muqueuse ; or, entre ces deux membranes, paraissent des globules, d'abord blancs, puis d'une couleur verdâtre. Ceux-ci forment de petites îles qui sont bientôt enfermées dans des tubes ou dans des vaisseaux. On voit du sang rouge vers la trente-sixième heure ; le plan sur lequel ces vaisseaux se ramifient a reçu différents noms, tels que : figure veineuse, plan vasculaire, membrane aréolaire ou vasculaire. Cette couche est entourée à ses bords d'un sinus veineux, appelé la veine terminale, et qui reçoit le sang des veines de la membrane ou des vaisseaux qui s'y sont d'abord formés. Ce sinus n'est point un ovale parfait, et le sang ne circule pas continuellement autour ; mais l'on peut, pour faciliter l'intelligence, diviser l'ovale en deux moitiés latérales, renfermant entre elles l'embryon, de sorte qu'en réalité nous avons deux sinus latéraux ou un de chaque côté. Ceux-ci, aux deux extrémités, se recourbent au-dessous de la tête, a

l'endroit où le cœur est formé, s'échappant comme s'il y avait une fissure dans sa membrane; deux doivent par conséquent descendre sur le côté de la tête, et deux autres remonter par l'autre extrémité, pour entrer tous les quatre dans le cœur. On les divise ainsi en veines terminales, céphaliques et caudales, ou en veines perforantes, selon quelques-uns. En même temps, deux branches dans le poulet sortent de l'aorte nouvellement formée, et se ramifient sur le disque, reportant le sang par ses veines au sinus, et de là au cœur. Il s'établit ainsi une circulation régulière, et comme l'albumine ne vient pas sur le disque, celui-ci est en contact avec la membrane de la coquille, et le sang dans ses vaisseaux est soumis à l'action de l'air; mais cette membrane pntamienne sert d'abord de chorion ou de placenta. Ensuite on trouve que deux veines, en partie nouvelles, en partie recevant des ramifications aréolaires, se forment sur le disque en correspondant aux deux branches artérielles venant de l'aorte, et reportent leur sang, non à la veine terminale, mais directement au cœur, à l'endroit où viennent aboutir les branches céphaliques et caudales. Ces branches avec la veine terminale s'effacent, mais cependant assez tard, et même quand le jaune est entre. Dans le ventre, il reste quelques ramifications des vaisseaux appelés omphalo-mésentériques. La disparition des veines primitives du disque et la diminution des artères et des veines mésentériques doivent être la conséquence de cette altération survenue dans le cours du sang qui suit le développement du chorion, car il remplit alors entièrement les fonctions respiratoires du placenta. L'organe de nutrition dans le poulet doit être cherché dans la vésicule blastodermique ou ombilicale, qui communique avec l'intestin et y transporte le jaune par le canal vitello-intestinal, qui pénètre à la partie inférieure de l'ilion.

La petite cicatrice se compose d'un point central transparent et d'un bord opaque, et immédiatement après que l'incubation commence, il se fait certains changements dont quelques-uns ont été déjà décrits. La portion moyenne devient plus claire surtout à sa circonférence, et on l'appelle le disque perlucide, ou, selon Coste, l'ellipse interne. Il y a une couche séreuse et muqueuse, mais la première y domine, et à peine y voit-on quelques globules. Ce disque est d'abord circulaire, mais ensuite il devient ovale, puis pyriforme. Autour du disque transparent se trouve un anneau opaque dans lequel la couche muqueuse, et à la fin la couche vasculaire prédominent; elle est appelée, par quelques-uns, le disque vasculaire, parce qu'il devient vasculaire; par d'autres, le tapis ou l'ellipse externe, car elle circonscrit l'interne; mais les deux sont en contact à l'extrémité, où la tête doit se former. Il faut observer, en outre, que l'anneau externe est, par une courbe de chaque côté, subdivisé en portion interne et externe; dans la dernière, appelée l'ellipse vitelline, prédomine la couche muqueuse, et elle ne devient pas vasculaire. Dans le disque transparent, sur une direction transversale par rapport à l'œuf, l'on voit, vers la quatorzième heure, une petite strie opaque d'environ une ligne et demie de long, que l'on suppose provenir de l'aggrégation des granulations sur le disque. Elle est appelée par Baer, la strie primitive. De celle-ci, au bout de trois heures, il s'élève de chaque côté une petite arrête formant des replis dorsaux. Ceux-ci se rencontrent et s'unissent pour former un canal à l'extrémité duquel le crâne est formé. Un liquide est contenu dans ce canal, qui dépose sur sa surface interne à l'endroit où se forment les vertèbres, une substance plus résistante, qui, à la fin, constitue la moelle épinière et ses membranes; et, de la même manière, le cerveau est successivement formé. Baer, sous le nom de cordon dorsal, décrit un autre repli de la strie, ayant la forme d'une épingle, et placée au fond. C'est, selon lui, les rudiments de l'épine. Coste le considère comme un jeu de la lumière. De même que le dos est formé par l'élévation et le rapprochement des replis dorsaux, ainsi la partie antérieure du corps est formée par des plis qui s'élèvent dans une direction opposée, appelés les replis du ventre, et qui finissent aussi par se fermer. De ceux-ci, on voit aussi naître les extrémités, vers le milieu du troisième jour. Or, il faut se rappeler que l'embryon ne continue pas à se reposer à plat sur le jaune ou le blastoderme; mais, à la fin du second jour, il commence à se recourber, de sorte que les deux extrémités de la membrane qui le forme, se courbent l'une vers l'autre. Ces plis ou ces courbures sont appelées capuchon céphalique ou caudale; ce qu'on appelle les capuchons latéraux sont les replis du ventre. Si nous

prolongeons, en imagination, ces extrémités, nous pourrons supposer que les bords de tous ces replis s'approchent vers un point commun, et se joignent de manière à former à leur union, au moyen de la membrane, une figure comme un ver. Mais il faut se rappeler que toutes les trois couches entrent aussi dans cette composition ; et, comme le blastoderme repose sur le jaune, la courbure et la contraction de cette membrane entraînera une partie du jaune sur lequel elle est placée. Par conséquent l'on peut dire, pour le moment, qu'une petite partie du jaune est renfermée dans la cavité de l'embryon, tandis que la plus grande partie est à l'extérieur, dans la vésicule blastodermique. Cette portion de la vésicule et de la membrane, renfermée dans l'embryon, se divise en deux parties : l'une dirigée vers la tête, l'autre vers la queue; la première formant l'ilion, le jéjunum et le tube intestinal, etc., jusqu'à la bouche; la seconde, le cœcum, etc., et le reste jusqu'à l'anus. De là l'on peut aisément comprendre la nature du conduit vitello-intestinal déjà remarqué. La couche séreuse, qui forme les plis du ventre, est le fondement sur lequel la cavité est formée. Les couches muqueuses et vasculaires entrent comme pour tapisser cette cavité ouverte; ensuite elles se détachent assez du dos, pour former, par l'extension de la couche vasculaire, un repli mésentérique, au bord duquel la couche muqueuse ou profonde, forme une gouttière, sur laquelle s'étend aussi la membrane vasculaire. Toutes deux se referment de manière à former un canal; l'interne constitue la tunique muqueuse, l'externe la tunique musculaire et vasculaire, sur laquelle se forme ensuite une enveloppe transparente convertie en péritoine. Pendant long-temps une grande partie de l'intestin ne se trouve pas au-dedans de l'ouverture ombilicale; mais, vers le dix-neuvième jour, l'intestin est reçu dans cette ouverture, et, avec lui, le conduit vitellin qui se dilate un peu au-dedans de la cavité pour recevoir le jaune. Ainsi, à cette époque, l'on a deux poches dilatées, contenant le jaune : l'une située au-dehors, et l'autre au-dedans.

L'embryon, vers le troisième jour, commence à se tourner à gauche, la tête se remue la première. Au cinquième jour, il est entièrement du côté gauche. Le conduit vitellin entre de ce côté, et l'allantoïde se dirige du côté droit vers la coquille. Ce côté se développe plus promptement que l'autre. Le canal alimentaire est l'origine des autres viscères. Sa couche vasculaire se tuméfie et envoie des prolongements dans différentes parties. De la portion pharyngée, s'échappent deux petits prolongements pour former les poumons. Le foie, le pancréas, l'allantoïde, etc., naissent de la même manière, comme des rejetons, et se développent graduellement. Tous doivent communiquer avec le canal, et ils le font ordinairement ; et cette communication chez quelques organes persiste et devient le conduit excrétoire. Il faut en outre observer que la vésicule déjà décrite (la vésicule ovo-urinaire), naissant de la partie inférieure du canal alimentaire, finit par se subdiviser au moyen d'un resserrement en deux portions. L'une externe qui forme l'enveloppe vasculaire ou le chorion ; l'autre interne, formant la vessie, dont le sommet analogue à l'ouraque est, à cette époque, collé à l'ombilic. Vers le troisième jour, on observe trois fentes de chaque côté du cou, communiquant avec la partie du canal alimentaire qui, dans la suite, doit être le pharynx ; elles sont d'abord presque parallèles l'une à l'autre, et verticales par rapport à l'épine. Il doit y avoir des cloisons ou des bandes entre les fentes, qui ressemblent aux ouïes des poissons, d'où le nom d'arcades branchiales. Elles s'oblitèrent graduellement, de sorte qu'elles disparaissent vers le sixième jour, la supérieure se convertit en mâchoire inférieure. — A la marge du capuchon céphalique, dans la région du cou, l'on observe un dépôt de substance opaque qui, dans l'espace de trente-six heures, devient transparente, et se convertit en un canal renfermant un liquide incolore. Vers le même temps, l'on observe du sang rouge sur le disque. Le canal cardiaque, même lorsqu'il est fermé aux deux extrémités, se contracte sur son contenu, et donne de légères pulsations. Des extrémités antérieures et postérieures s'échappent deux petits prolongements, mais l'on peut à peine dire qu'ils soient formés du canal. Le postérieur, appelé aussi latéral, reçoit la veine perforante ou la continuation de la veine terminale. Il se forme ainsi un tronc commun très-court, qui entre dans le cœur. De l'autre extrémité du canal, qui est antérieure, où se forme le renflement de l'aorte, les prolongements antérieurs devenant de petits vaisseaux, se

courbent en arrière, tandis que d'autres se forment, d'où leur nom d'arcades artérielles; par eux le sang est renvoyé au disque. Le canal s'allonge, mais comme il est fixé à ses deux extrémités, il doit, en conséquence, former une courbure, comme un fer à cheval. A mesure que celle-ci augmente, le canal ne projette pas davantage, mais il se roule de manière à former d'abord un cercle, puis une seconde courbure. Cette portion du canal dans laquelle entrent les veines postérieures, ou le tronc commun qu'elles forment, devient l'oreillette. Le ventricule est formé à la convexité de la principale courbure, séparée pour un temps de l'oreillette par une courte portion diaphane appelée le canal auriculaire. A l'extrémité antérieure est formé le renflement de l'aorte qui se distingue du ventricule, aussi pour quelque temps, par un rétrécissement appelé le détroit. Enfin, la seule oreillette et le seul ventricule sont divisés en partie par une cloison, en partie par leur croissance en deux. La même chose arrive à l'aorte qui naît du ventricule commun. Telle est la formation du cœur, mais il est nécessaire de revenir au renflement de l'aorte, d'où l'on voit se former successivement cinq paires d'arcades, dont la direction a été déjà remarquée. Ces arcades de chaque côté s'unissent en un tronc commun, appelé la racine de l'aorte. Les deux troncs s'unissent ensuite, et forment le tronc de l'aorte qui se distribue en trois endroits; d'abord au corps du poulet; ensuite au disque vasculaire, qui diminue à mesure que le troisième corps qui est le chorion augmente. A une époque, l'aorte semble presque se terminer dans les artères aréolaires, ou omphalo-mésentériques; ensuite dans les deux branches allantoïdiennes, correspondant aux artères ombilicales, dont une du côté droit finit par s'oblitérer chez le poulet. Quant aux arcades, il survient d'importants changements, la paire la plus antérieure s'oblitère la première, puis la seconde paire. et enfin la cinquième arcade du côté gauche. Celles qui restent changent de caractère, et se convertissent en artères qui vont à la tête, à l'aile, etc.; mais la carotide est formée la première. Ainsi, la cinquième arcade du côté droit et la quatrième du côté gauche se rendent aux poumons, et forment les artères pulmonaires; tandis que la quatrième du côté droit forme l'aorte descendante, et l'autre branche s'efface. — Pour comprendre le système veineux, j'observerai: 1° que les veines primitives ou terminales, qui viennent du disque vasculaire, et qui vont au cœur, s'oblitèrent; 2° que la seconde série des veines aréolaires, appelées omphalo-mésentériques, entrent dans le cœur par où entraient les premières, et il y a par conséquent encore un tronc veineux très-court qui se convertit en l'extrémité de la veine cave. Un peu avant d'entrer dans le cœur, elles reçoivent pendant le cours de l'incubation, les veines mésentériques, d'où elles tirent leur nom. Le développement aréolaire de ces veines omphalo-mésentériques, diminue aussi à son tour, laissant toutefois les mésentériques dans toute leur vigueur; 3° deux veines caves, descendantes ou antérieures, se forment de l'union de la jugulaire, de la brachiale et de l'intercostale, mais il n'y a que celle du côté gauche qui entre par l'orifice convenable. La droite entre dans la veine cave ascendante ou postérieure, qui est formée des nombreuses branches du corps de Wolff, et qui, au sortir de ce corps, monte derrière le foie; 4° le tronc veineux commun, qui pénètre dans le cœur, s'allonge, et, par un changement de position, se trouve porté vers le canal alimentaire, où il forme deux pyramides creuses qui l'embrassent et qui constituent les éléments du foie; 5° la veine allantoïde ou ombilicale pénètre enfin dans l'abdomen et se joint à la veine commune, que l'on pourrait appeler veine cave; mais, outre cette jonction appelée le conduit veineux, elle envoie un tronc autour duquel se forme le foie; puis il part du foie une veine qui entre dans le tronc commun ou dans la veine cave supérieure. Cette partie du système veineux, qui est en grande partie enveloppé dans le foie, constitue à la fois la veine hépatique et la veine porte. Les veines omphalo-mésentériques sont d'abord des parties accessoires, et ensuite constituantes pour former la veine porte; et, par conséquent, cette veine porte doit, dans les commencements, pénétrer très-près du cœur. Baer dit que même un tronc qui est très-court, n'est point au troisième jour distinct de la partie veineuse du cœur; 6° en embrassant d'un seul coup d'œil ces changements; et en les coordonnant l'un avec l'autre, on les comprendra mieux en se rappelant que les veines permanentes s'allongent de telle sorte que leur jonction s'é-

loigne de plus en plus du cœur. L'on peut suivre dans le poulet le système vasculaire à partir du cœur. D'abord il y a un tronc commun qui reçoit les veines terminales qui s'effacent ensuite. Puis ce tronc s'allonge et reçoit la veine cave et le tronc commun des veines omphalo-mésentériques. Troisièmement, si l'on va encore plus loin, si l'on suit la veine ombilicale, l'on remarquera le rapport qu'elle a avec la veine porte et la veine cave.

Le système nerveux semble être formé des canaux et des vésicules, comme on l'a déjà mentionné. Suivant Baer, la partie antérieure du cordon spinal se dilate en une vésicule qui, dans la suite, se subdivise en deux hémisphères du cerveau. Derrière celle-ci une autre se forme pour les couches optiques, puis une troisième pour la moelle allongée. Serres dit qu'au cinquième jour, les éléments du cerveau paraissent des parties latérales de la moelle allongée. Le premier nerf que l'on voit, c'est le nerf optique, qui fait saillie comme un tube, terminé par une petite vésicule ou rétine, qui renferme la lentille, sur la surface d'un globule albumineux. L'oreille naît de la même manière, de la moelle allongée, et au troisième jour paraît le nerf olfactif. Cependant il y a une différence dans les données des physiologistes. Serres prétend que le premier nerf c'est le nerf optique, qui paraît au quatrième jour, puis la troisième paire, puis la quatrième, la cinquième, la sixième, successivement l'une après l'autre; et ce n'est qu'au onzième jour que paraît la septième paire. Il y a, dans les différentes classes d'animaux, une complexité ou un développement croissant, des différentes parties du cerveau; étant moindre chez les poissons, et s'élevant progressivement chez les reptiles, les oiseaux et les mammifères. Dans l'embryon humain, le cerveau paraît être successivement analogue aux trois premières classes, ensuite il se perfectionne dans la quatrième. Le système nerveux paraît être formé de deux moitiés qui, partant de côtés opposés, finissent par s'unir. Quelques auteurs, comme Serres, soutiennent que les nerfs, même ceux qui sont ganglionaires, se forment à la circonférence et convergent vers le centre; c'est-à-dire qu'ils sont formés à l'endroit qu'ils doivent alimenter, et de là se rendent à la moelle épinière, etc. D'autres regardent le point central du système nerveux, comme donnant naissance aux nerfs. L'on voit distinctement dans le nerf optique, qu'il s'étend de la couche optique.

En observant ensuite chez les mammifères, l'on trouve que l'ovule se compose de deux couches, dont l'externe est généralement regardée comme analogue à la membrane vitelline des oiseaux, et l'interne, à la vésicule granulée ou blastodermique, sur laquelle on voit le blastoderme ou la petite cicatrice. Elle contient un liquide transparent, à l'intérieur, d'où, à une époque peu avancée, on voit naître la petite vésicule de Purkinje avec sa tache germinale. Nous avons donc un jaune avec toutes ses parties, mais l'on ne voit encore rien d'analogue à l'albumine. Le développement se fait comme chez le poulet, avec certaines modifications qui se rattachent au système placentaire et aux changements que subit la surface de l'utérus. Dans le mouton, l'ovule, composé de ces deux membranes, reçoit au treizième jour une enveloppe de substance albumineuse, ou une fausse membrane, comme on l'appelle; et vers le quinzième jour, le blastoderme présente aux yeux les rudiments de l'embryon, avec ses vaisseaux aréolaires, ou une artère omphalo-mésentérique. Le dix-septième jour, le sac ovo-urinaire fait saillie entre la membrane vitelline et la vésicule blastodermique, et c'est à la première que s'attache sa couche externe. L'embryon s'enfonce de plus en plus dans ce sac, jusqu'à ce qu'à la fin il soit entièrement enveloppé, et cette enveloppe doit se composer de deux couches formées par les deux parois du sac, qui est aplati et qui s'alonge comme une bourse sur l'embryon et sur son amnios. Ces couches vasculaires qui forment le chorion sont nommées individuellement par Dutrochet, l'exochorion et l'endochorion, et vers la quatrième semaine, les vaisseaux de l'ombilic se concentrent ou augmentent dans de certaines parties qui correspondent aux éminences sur la surface de l'utérus. Ces cotylédons, comme on les appelle, s'enfoncent dans les dépressions ou cavités des éminences mamillaires de l'utérus. Chez la vache, ils sont volumineux et nombreux, et ainsi il se forme un grand nombre de petits placenta; mais pour limiter ces dates au mouton, l'on trouve qu'avant le vingt-neuvième jour, il n'y a point de rapport organique entre l'ovule et l'utérus. La vésicule ombilicale est petite, et chez

quelques animaux, elle augmente pendant quelque temps plutôt qu'elle ne diminue, d'où il est à supposer que l'ovule doit se nourrir par absorption. Vers cette époque, c'est-à-dire le vingt-neuvième jour, une membrane non vasculaire qui jusqu'alors avait été confondue avec la couche interne du sac ovo-urinaire, se sépare de ce sac. C'est seulement chez les ruminants qu'on la voit distinctement séparée des autres parties. Elle forme un sac et contient de l'urine. Vers le huitième jour, l'ovule change de forme, devient alongé ou se prolonge latéralement; or, c'est dans ces deux prolongements latéraux de la membrane que le sac s'étend. La vésicule blastodermique comprimée par lui, devient adhérente au sac, tandis que de l'autre côté elle adhère à la membrane vitelline. Les deux couches vasculaires du sac ovo-urinaire se réunissent.

Dans la classe des rongeurs, dont le lapin fait partie, l'embryon, renfermé dans son amnios, s'enfonce dans la vésicule blastodermique, et en est enveloppé à la fin, comme chez le mouton, par le sac ovo-urinaire. Cette vésicule, qui est développée en proportion chez le lapin, et qui n'a pas de pédoncule ombilical, n'est vasculaire qu'au neuvième jour, lorsque les vaisseaux omphalo-mésentériques se ramifient sur la couche interne du double capuchon ou de l'enveloppe qu'elle forme. Le sac ovo-urinaire naît de l'animal et passe par l'ouverture en forme de bourse à travers l'enveloppe, et à laquelle on a déjà fait allusion, mais elle ne s'étend pas de manière à envelopper le tout, comme chez le mouton. Elle se rend aux éminences utérines, et forme la portion fœtale du placenta, de sorte qu'on ne voit point d'éléments pour le chorion, à moins qu'on ne le cherche dans la vésicule ou dans la couche de lymphe qui entoure l'ovule. — Chez la femme, l'ovule est juste perceptible à l'œil nu, mais il est tellement semblable à celui des autres mammifères, que je n'ai aucune remarque particulière à faire. Une couche de lymphe, comme dans le mouton, s'ajoute à l'ovule dans l'utérus, ou plutôt à son passage le long de la trompe, et elle remplace la membrane vitelline qui est détruite. Une membrane caduque se forme sur la surface de l'utérus, avant l'entrée de l'ovule, car elle existe dans la grossesse extra-utérine. J'ai cru autrefois qu'elle était organisée avant la descente de l'ovule, mais maintenant je suis porté à croire qu'elle est encore molle lorsque l'ovule paraît. On sait que, chez les lapins, l'ovule n'est adhérent que vers le cinquième ou sixième jour, et dans le mouton, beaucoup plus tard. Chez l'homme, le sac ovo-urinaire, comme dans le lapin, semble s'avancer directement vers l'utérus et former un placenta, mais l'époque n'en est pas encore fixée. Baer dit avoir vu distinctement l'amnios, qui se forme comme dans le poulet, avant l'existence du placenta. On voit aussi des vaisseaux sur la vésicule ombilicale, que l'on sait disparaître vers le troisième mois. Tout se voit chez l'embryon humain, excepté la formation du chorion, et le sac ovo-urinaire qui, comme dans les lapins, ne s'étend pas sur l'œuf. Quelques-uns supposent que la tunique gélatineuse qu'il prend dans la trompe se convertit en chorion. Le faux amnios, s'il existait dans l'embryon humain, ou la membrane vitelline, si elle persistait, pourrait être convertie en chorion, mais encore ce n'est qu'une simple conjecture. Ce n'est seulement que chez la femme et chez quelques singes que le chorion s'étend le long du cordon. Dans les premiers temps, il est séparé de l'amnios par une gelée transparente comme l'humeur vitrée de l'œil, qui est renfermée dans un réseau. D'abord la quantité est assez grande pour que le chorion soit quatre ou cinq fois plus large que l'amnios, et par conséquent il n'est en contact avec ce liquide qu'à l'ombilic : même à neuf mois, il y a une couche mince interposée. Quelques-uns supposent que cette substance est primitivement le sac correspondant à l'allantoïde, mais il n'est pas probable que cela soit ainsi, et je l'ai examiné dès les premiers temps (1).

La vésicule blastodermique ou ombilicale qui, comme dans les autres mammifères, renferme le blastoderme, se flé-

(1) Pour plus de détail sur le développement de l'embryon, consultez Dutrochet, dans les Mém. de la Soc. d'Emulation, t. VIII, p. 47. Pander, dans les Archives générales, 1823, p. 178 et 346. Baer, dans le Répertoire général d'anatomie, t. VIII, p. 47. Recherches sur la génération, par Delpech et Coste. Velpeau, Embryologie. Coste, dans les Annales des sciences nat., 2e série, t. III. Serres, Tiedemann, etc. Voyez aussi Wagner et Valentine, dans le Journal d'Edimb., 1835.

trit bientôt et disparaît. Dans le musée Huntérien, case RR, n° 290, on voit la vésicule, au dedans d'un chorion, d'une conception peu avancée, aussi grosse qu'un petit pois, collée à l'embryon, et pénétrant dans l'extrémité caudale par un court pédoncule. Dans le numéro voisin, que le docteur Hunter suppose être de six semaines, la vésicule est plate comme une graine de lin, entre le chorion et l'amnios, ayant un filament qui va à l'embryon, dont elle est alors très-éloignée. Elle paraît n'être d'aucun usage après la première période, elle disparaît entièrement dans le troisième mois, quoique plus tard on en rencontre quelquefois des vestiges.

SECTION IX. — *Membranes caduques.*

Immédiatement après la conception, il se forme sur la surface interne du corps et du fond de l'utérus, une couche vasculaire appelée membrane caduque. Sa surface interne est lisse ; l'externe, qui adhère à la matrice, est rude et moins dense. Dans cette dernière se distribuent les vaisseaux venant de l'utérus, qui paraissent se répandre sur la surface interne. J'ai considéré ces deux surfaces, comme appartenant à deux couches différentes de la membrane caduque, liées intimement entre elles, et ne formant réellement qu'une seule tunique. Celle-ci pénètre un peu dans les orifices des trompes, et au sommet du col, elle paraît se terminer sur la surface du corps gélatineux, qui remplit cette partie, et forme ainsi un cul-de-sac. Or, quand l'ovule descend dans l'utérus; de deux choses l'une, ou il est arrêté par ce que l'on peut considérer comme la couche interne, qu'il ne pousse pas mécaniquement devant lui, mais qui croît avec lui et qui lui fournit une enveloppe; ou bien l'ovule descend lorsque la caduque est encore molle et à peine organisée, et il en est bientôt enveloppé et entouré, de sorte qu'à mesure qu'il croît ou qu'il grossit, la membrane se développe aussi et le recouvre toujours. Comme on trouve l'ovule au sommet du fond, et non pas, même à la première période, juste à l'orifice de la trompe, la dernière supposition est la plus probable. Si l'on suit la caduque le long de l'utérus jusqu'à l'ovule, on voit qu'elle se réfléchit dessus comme une enveloppe, et par conséquent cette réflexion ou cette enveloppe s'appelle la caduque réfléchie. Il doit y avoir pendant un certain temps un espace entre cette membrane et celle qui revêt la cavité générale, ou un sac de la vraie caduque, comme on l'appelle ; cet espace est rempli d'un liquide qui, après la mort, est d'une couleur rougeâtre. La quantité de ce liquide diminue à mesure que l'ovule grossit, et à la fin, la caduque réfléchie et la véritable se rencontrent et se mêlent ensemble. A moins d'avoir des connaissances plus étendues sur la formation du chorion dans l'embryon humain, l'on ne peut décider si cette dernière membrane est dès le premier abord en contact avec la caduque réfléchie. S'il est vrai que le chorion soit formé par une enveloppe de lymphe que l'ovule reçoit dans la trompe, elle doit être interposée entre l'ovule et la caduque réfléchie, jusqu'à ce qu'elle s'organise en chorion, qui se compose de deux couches. Une chose certaine, c'est que lorsque l'ovule est excessivement petit, on a trouvé la caduque réfléchie plus grosse qu'un pois, et apparemment vide, comme si un liquide s'était échappé. Le docteur Montgomerie a décrit, sur la surface utérine de la vraie caduque, de petites élevures en forme de sacs qui paraissaient avoir des orifices dirigés vers l'utérus, et contenir un liquide laiteux.

La caduque est d'abord et pendant long-temps épaisse et vasculaire, mais par degrés elle se ramollit ; et devient comme une couche fine de gelée, mais conservant toujours des vaisseaux mous, qui circulent à son intérieur. La vraie caduque ne se termine pas au bord du placenta, mais elle se continue au-dessous de lui, comme si c'était une attache intermédiaire à l'utérus, et c'est par elle que passent les fragiles vaisseaux qui font communiquer le placenta avec la matrice. A neuf mois, la membrane caduque ressemble à une couche mince de gelée rouge. La caduque réfléchie se voit mieux à une époque moins avancée, au second mois par exemple, on la voit distinctement se réfléchir sur le chorion, à partir du bord du placenta, et elle est aussi épaisse que du papier.

SECTION X. — *Le chorion.*

Le chorion est d'abord recouvert de villosités inégales qui donnent à sa surface une apparence floconneuse. Lorsqu'elles sont macérées, elles sont blanches et dures, de sorte qu'on peut les considérer comme aboutissant à de petits vaisseaux qui passent sur elles. Le chorion n'a pas de vaisseaux rouges qui lui

soient propres. Son tissu est membraneux ou comme de la substance cellulaire condensée, et à mesure que la grossesse s'avance ses villosités ou ses filaments disparaissent, ou du moins deviennent si confus qu'ils se perdent dans la caduque réfléchie. Le chorion adhère légèrement à l'amnios par des brides albumineuses qui se trouvent interposées entre eux.

SECTION XI. — *L'amnios.*

L'amnios est une membrane mince, transparente, et sans aucune apparence de vaisseaux rouges ou de fibres régulières. Cependant à la fin de la grossesse elle est plus forte que le chorion. Elle borde le chorion, couvre le placenta et monte sur le cordon ombilical, lui fournissant une enveloppe jusqu'à l'ombilic où elle se termine.—Le sac formé par l'amnios renferme, outre le fœtus, un liquide qui paraît être composé principalement d'eau, avec très-peu d'alkalis, d'albumine, d'une matière salée et d'un acide particulier. Comme cette eau est contenue dans l'amnios, elle a reçu le nom de liqueur d'amnios. — La quantité d'eau qui est contenue dans l'amnios est, terme moyen, à neuf mois, d'environ deux pintes anglaises; mais quelquefois elle est plus considérable, et quelquefois il y a à peine six onces. Elle est sécrétée de la surface interne de la membrane par des vaisseaux transparents, mais ceux-ci n'ont jamais été injectés ni suivis jusqu'à leur origine. On a dit qu'ils étaient visibles dans l'inflammation supposée de leur tissu. Dans les premières périodes, la quantité de liquide est plus grande en proportion du volume de l'utérus, que dans la suite. On a dit que la membrane amniotique contenait de l'air respirable, mais à quelle fin? On ne trouve point d'air dans les poumons du fœtus.

SECTION XII. — *Le placenta.*

La formation du placenta, chez les quadrupèdes, a été bien suivie, et d'après ce qui a déjà été dit, l'on peut comprendre l'origine de ses deux portions. Dans l'espèce humaine, la partie fœtale paraît se former plutôt comme celle des rongeurs, que des autres classes d'animaux. La partie maternelle, comme on l'appelle, si elle n'est pas formée de l'ovule, du moins en découle, et n'est point une partie intégrale de l'utérus comme dans les autres animaux, à l'exception des singes. A neuf mois, c'est un corps aplati circulaire d'environ une longueur de main de diamètre, et ayant un pouce d'épaisseur à son centre, mais mince à sa circonférence. Il peut du reste être mince partout et s'étendre sur une plus grande surface où il peut se diviser de manière à former deux ou plusieurs placenta, mais généralement il n'y en a qu'un qui soit gros, et les vaisseaux de l'autre portion s'y rendent pour gagner les vaisseaux ombilicaux. Le poids ordinaire du placenta a été déjà mentionné, quoiqu'il varie suivant la période de la gestation; cependant, la variation la plus grande est à neuf mois. Il est quelquefois très-gros et très-épais, pesant depuis une livre et demie jusqu'à près de deux livres, ou bien il est au-dessous du terme moyen, et cela ne dépend pas entièrement du volume de l'enfant. —Cette surface du placenta qui est attachée à l'utérus se divise distinctement en lobules avec de petits sillons au milieu. Elle est recouverte d'une couche mince de la membrane caduque; elle est molle et ressemble à des caillots de sang. La surface, qui est la plus voisine de l'enfant, est plus lisse, et au-dessus, l'on voit les branches saillantes des vaisseaux ombilicaux, sur lesquels sont étendus le chorion et l'amnios, mais le premier adhère à la surface.

Le cordon ombilical peut se fixer dans toutes les parties du placenta ou même dans les membranes à une certaine distance de lui. Dans ce cas, les vaisseaux se dirigent en branches distinctes vers le placenta le long de la membrane; ordinairement le cordon s'implante à environ à moitié chemin, entre le centre et la circonférence. De ce point, les vaisseaux s'irradient et se ramifient sur le placenta, plongeant graduellement dans sa substance.

Si l'on injecte par le cordon ombilical, l'on trouve que le placenta se gonfle, et que les vaisseaux sont remplis sur toutes ses parties. On les voit très-petits quand ils entrent dans le placenta, mais ils se ramifient extrêmement et minutieusement. Ils ne se rendent pas cependant entièrement à la surface utérine. Si l'on fait macérer le placenta de manière à éclaircir sa substance, on voit les vaisseaux former un beau tissu inégal ou floconneux; mais entre les vaisseaux il y a une substance non-injectée, si elle n'a pas cédé aux lavures. Si d'un autre côté l'on injecte par les artères utérines d'une femme qui est morte enceinte, l'on gonfle de

la même manière le placenta, et l'injection passe même à la surface fœtale qu'elle colore. Si nous faisons macérer cette surface, on la trouve formant un tissu de petites cellules remplies par l'injection, communiquant l'une avec l'autre, et ayant entre elles une substance non-injectée. Si nous injectons les deux espèces de vaisseaux avec différentes couleurs, nous voyons tout d'un coup l'exacte structure, savoir : Les petits vaisseaux du cordon qui se ramifient autour des cellules injectées du côté de l'utérus. Par les ramifications particulières des vaisseaux ombilicaux, on peut injecter les différents lobes avec de la cire de diverses couleurs, et l'on voit qu'ils ne communiquent pas l'un avec l'autre. Par des raisons que l'on appréciera, il est plus difficile d'injecter séparément la partie cellulaire ou maternelle des lobules. Quelques auteurs supposent que les vaisseaux de la mère et du fœtus communiquent directement, et dans la lapine, on a prétendu que l'injection le démontrait ; mais on n'en a pas encore donné des preuves concluantes. Il est évident que par une rupture il peut s'établir une communication, et quant aux expériences faites avec des substances odoriférantes, on ne peut y compter. — Quand nous parlons des parties fœtales et maternelles du placenta, nous n'avons en vue que la source qui leur fournit du sang. Car chez l'homme, on ne peut rien dire de positif sur la formation. Les cellules, ou ce qu'on appelle la portion maternelle, peuvent être formées par l'ovule dans la grossesse extra-utérine, surtout dans l'abdominale ; il serait important d'établir la structure exacte du placenta. On a dit que le placenta n'était pas cellulaire ou ne recevait pas des vaisseaux directement de l'utérus qui soient d'un calibre considérable. Je crois que l'état des vaisseaux varie un peu à différentes périodes, assurément le placenta n'est point parfaitement formé tout d'un coup, et je ne puis dire quand les cellules paraissent pour la première fois. Au sixième mois et dans la suite, l'on trouve, après avoir injecté avec soin les vaisseaux utérins, qu'en séparant le placenta avec précaution de nombreuses artères passent de la surface de l'utérus dans la couche de la caduque qui est interposée. Là elles forment de petits renflements dont les parois ressemblent à la caduque elle-même pour la mollesse et la texture. Elles s'ouvrent dans le placenta, ou bien il serait plus correct de dire qu'elles se rendent tout à la fois dans les cellules, qu'elles remplissent même jusqu'à la surface fœtale. Quelques-unes s'enfoncent dans les sillons entre les lobes avant de s'ouvrir dans les cellules. Elles sont petites dans la membrane caduque de l'utérus, là où le placenta n'est pas attaché, mais dans cet organe elles sont aussi grosses que le fil de fer d'une sonnette. Les sinus utérins varient aussi dans différentes parties là où le placenta n'est point attaché. Ils se terminent tout d'un coup, en s'ouvrant obliquement sur la surface de l'utérus, ou souvent ils paraissent comme si une portion avait été enlevée de leur paroi, et le tronc se continue sur la surface utérine. Dans aucun cas on ne peut suivre les veines ou les sinus à travers les caduques. La perte de substance dans les parois de la veine est reparée ou son orifice est recouvert par la caduque. C'est ce que le docteur Lee a aussi remarqué. Il pense que le sang du fœtus est changé par le sang de la mère, qui agit sur lui à travers la membrane. Mais cette structure existe, non au placenta, mais à la membrane caduque, et recouvre les membranes, et par conséquent elle ne peut avoir cette destination, quand bien même le sang veineux de l'utérus pourrait agir comme on le suppose sur les vaisseaux du fœtus. On ne peut suivre dans les sinus aucunes veines distinctes, même la plus petite, et cependant nous devons supposer que le sang leur est envoyé de la caduque. A la région placentaire, le cas est différent ; nous y trouvons que les veines, comme les artères, sont continuées à partir de la surface utérine et conservent à la fois leur grosseur et leur forme aplatie. Elles passent obliquement à travers la couche de la caduque, comme si deux couches de cette membrane formaient la tunique de leur tronc continué. Ce trajet est fort court sur la surface utérine du placenta ; et ainsi, comme les artères, les veines se terminent brusquement dans les cellules, de sorte que celles-ci peuvent être remplies, à travers toute l'épaisseur du placenta, par les deux sortes de vaisseaux. Au bord du placenta, les veines longent souvent ce bord, pendant une longueur considérable avant de communiquer avec les cellules, mais même ces longs et larges canaux ont des membranes tout-à-fait semblables aux caduques. D'après cette structure des vaisseaux intermédiaires,

l'on peut aisément voir que leur grande solidité naît de l'apposition de l'utérus sur l'ovule, ou du support que procure l'adhérence de ces deux organes entre eux. Une légère séparation doit déchirer les vaisseaux délicats qui passent à la surface du placenta ou qui courent le long de ses bords; et comme ceux-ci, surtout les derniers, et les veines du placenta sont volumineux à la fin de la gestation, il peut s'ensuivre une grande hémorrhagie. Nous comprenons de plus, d'après la fragilité de cette structure, la facilité avec laquelle l'arrière-faix est expulsé après la naissance de l'enfant (1).

Dans le musée Huntérien, case RR, se trouvent plusieurs préparations qui font voir la formation du placenta; au n° 192, l'on trouve le chorion d'une grossesse que l'on dit être de deux semaines; il est entièrement inégal, sans aucune apparence de placenta; puis, un peu plus loin, au n° 209, on aperçoit sur le placenta, un endroit qui devient plus dense, comme si les villosités étaient devenues plus serrées. Il est probable qu'alors le sac ovo-urinaire avec les vaisseaux du fœtus ont gagné cette place. Cette préparation et d'autres semblables, prouvent que le placenta est d'abord petit en proportion de l'œuf. Il est probable que les cellules, ou les cavités, dans lesquelles s'ouvrent les vaisseaux maternels, sont formées par l'entrelacement des villosités non vasculaires du chorion, et que leur surface interne est rugueuse à cause de la terminaison des vaisseaux qui font saillie et qui conduisent sur elles les vaisseaux du fœtus. Weber dit que chaque petite tranche d'une artère ombilicale se termine dans une veine correspondante, formant des villosités qui font saillie dans la cellule; et, par conséquent, flottent dans le sang maternel, ou en sont arrosées. Il y a deux couches du chorion; toutes les deux se plongent au dedans des villosités ou sur elles; les vaisseaux venant du fœtus percent la couche interne et gagnent le milieu des deux couches. A deux mois (n° 263), le produit de la conception est aussi gros qu'un petit œuf; la portion placentaire est large et dense, et la caduque l'abandonne; le fœtus est de la grosseur d'une abeille. Au n° 180 il y a un utérus de quatre mois; les veines sont injectées en noir, les artères en rouge et le placenta est ôté; la surface utérine est inégale à cause d'une partie de placenta et de la caduque qui y adhère, et tout autour, depuis le fond jusqu'au col, on voit des vaisseaux des deux couleurs faire saillie à la surface. Au cinquième mois (n° 340) le placenta a environ trois pouces de diamètre; à six mois on voit le placenta très-large en proportion de la surface utérine, car il en recouvre entièrement un tiers, descendant du fond jusqu'au corps. Dans une autre préparation de la même époque (n° 21), l'utérus est injecté de cire rouge, et le placenta est rouge du côté de la surface fœtale; les vaisseaux de l'ombilic sont injectés en blanc et en noir.

Le placenta, comme partie vivante, est sujet aux maladies (1). Ses vaisseaux peuvent être très-congestionnés, ou il peut survenir une extravasation. Il est aussi exposé à l'inflammation qui se termine soit par l'induration grise ou rouge, comme celle des poumons, soit par un abcès, soit par une adhérence à l'utérus, ou à quelque partie de l'enfant par sa surface fœtale. On trouve quelquefois le placenta extraordinairement mou; des tumeurs distinctes peuvent se former à sa substance, une de ses par-

(1) Pendant qu'on imprimait cette page, j'ai examiné deux nouvelles matrices: l'une au quatrième et l'autre au huitième mois. Dans la première, le placenta allait depuis le sommet du col jusqu'à un pouce du fond; il avait trois pouces et demi de long et deux pouces trois quarts de large; sa structure ressemblait à celui d'une grossesse de neuf mois; les sinus utérins avaient des orifices aussi larges que la tête d'une épingle; l'ovaire gauche n'avait point de marque; le droit avait le corps safrané ou jaune, qui formait une masse, un peu roulée sur elle-même, de cinq huitièmes de pouce de long sur un demi de large, également épaisse partout. Dans la seconde matrice, on voyait très-distinctement les vaisseaux entrer dans le placenta, et, comme de coutume, les cellules étaient mieux remplies par la veine, c'est-à-dire que l'injection veineuse formait la grande masse des cellules, surtout à la surface fœtale; l'injection artérielle se voyait mieux du côté de la mère; les vaisseaux du fœtus se ramifiaient à l'infini, au milieu et autour des cellules, dans la substance gélatineuse qui les unit; le corps safrané était mince, mais distinct.

Burns.

(1) Outre les ouvrages de Cruveilhier, etc., il y a un bon mémoire du docteur Simpson dans le Journ. d'Edimb., 1836.

ties peut s'ossifier ; et plus ou moins de sa substance peut se convertir en hydatides. Les maladies partielles du placenta ne détruisent pas nécessairement le fœtus, mais une altération étendue de cet organe doit le faire. Nous ne pouvons, *à priori*, découvrir l'existence de ces altérations, car des douleurs fixes ou locales peuvent remonter à d'autres causes, et le stéthoscope ne peut nous rendre certains de l'état circulatoire du placenta. Dans les cas douteux, une prompte saignée est, je crois, la pratique la plus sûre.

SECTION XIII. — *Du cordon ombilical.*

Le cordon ombilical est une partie essentielle de l'œuf, il sert à lier le fœtus à son placenta. On le trouve chez les vivipares et les ovipares, et aussi dans les plantes ; mais, dans ces différentes classes, il subit beaucoup de modifications. Dans l'espèce humaine il se compose de trois vaisseaux, dont deux sont des artères et l'autre une veine ; ils sont plongés dans du gluten et recouverts d'une double tunique membraneuse. Les deux artères sont la continuation des artères hypogastriques de l'enfant, qui, passant par l'ombilic, continuent en troncs distincts sans aucune liaison, jusqu'à ce qu'elles gagnent le placenta où elles se ramifient et plongent dans sa substance. Au moment d'entrer dans le placenta, une artère, dans quelques cas, envoie à travers une branche de communication avec l'autre. La veine commence dans la substance du placenta, forme de nombreux rayons à sa surface correspondant aux branches des artères; et, près de l'endroit où les artères commencent à envoyer des branches, ces rameaux s'unissent en un seul tronc dont le calibre est plus grand que celui des deux artères. Aucun de ces vaisseaux n'est fourni de valvules.—Les vaisseaux ombilicaux ont une direction spirale au dedans du cordon, et la spirale va généralement de droite à gauche. Outre cette torsion l'on trouve aussi que les vaisseaux, surtout les artères, forment des nodosités très-fréquentes qui sont librement logées dans le gluten. Le cordon ne se compose pas entièrement de vaisseaux, mais en partie d'un gluten tenace et transparent, qui est contenu dans le tissu cellulaire, et ses nombreuses cellules ainsi que les vaisseaux sont recouvertes d'une enveloppe formée par la réflexion du chorion et de l'amnios à partir du placenta ; ainsi l'amnios forme nécessairement la tunique externe du cordon. Le chorion adhère fortement au cordon dans tous les endroits; mais l'amnios n'adhère point au chorion, il n'est pas même en contact avec lui à l'extrémité placentaire, mais il forme une légère expansion, qui, à cause de sa forme, a été appelé par Albinus le *processus infundibuliforme*. On ne trouve le chorion sur le cordon que dans l'espèce humaine et chez quelques singes. Fleurens dit qu'il y a cinq couches continues successivement de dehors en dedant : 1° l'épiderme, 2° le derme, 3° le tissu cellulaire sous-cutané, 4° les muscles et l'aponévrose, 5° le péritoine. La proportion du gluten est plus grande dans les premiers temps que dans une époque avancée de la gestation, et les vaisseaux d'abord le traversent en lignes droites. Dans quelques cas les cellules se distendent ou augmentent en nombre, de manière à former des tumeurs sur le cordon qui y sont suspendues comme une oreille de chien.

De la vésicule blanche ou ombilicale déjà décrite naît un petit conduit le long du cordon, mais il s'oblitère bientôt; une petite artère et une petite veine passent le long du cordon allant de l'ombilic à la vésicule, ce sont les vaisseaux omphalo-mésentériques. — On a décrit des vaisseaux lymphatiques venant du placenta, et on dit qu'ils sont aisément injectés en poussant un tube fin dans les cellules du cordon ; ceci ne paraît pas exister. Outre les vaisseaux sanguins il y a dans les animaux l'ouraque qui conduit à l'allantoïde. — Quand l'œuf est visible pour la première fois dans l'utérus, il n'y a point de cordon ; l'embryon adhère directement à l'involucre, mais il s'en détache bientôt, et, au bout de la sixième semaine, on aperçoit un cordon de communication ; à neuf mois le cordon varie pour la longueur depuis six pouces (1) jusqu'à quatre pieds (2). Quand il est trop long il s'enlace souvent autour du cou ou du corps de l'enfant, ou quelquefois forme des nœuds (3),

(1) Hildanus, cent. II, obs. 50.

(2) Mauriceau l'a vu d'une aune et un tiers, obs. 401. — Hebenstreit, de quarante pouces. — Haller, Disp. anat., t. V, p. 675. — Wrisberg, de quarante-huit pouces.— Voyez Com. Gœtting., t. IV, p. 60. On l'a vu de cinq pieds et demi de long.

(3) Voyez Mauriceau, obs. 133 et 156

peut-être parce que l'enfant passe par un de ses lacets pendant le travail (1). J'ai vu les nœuds assez durs. — Les vaisseaux du cordon deviennent quelquefois variqueux et forment des tumeurs très-considérables; celles-ci peuvent entraver la circulation au point de s'opposer au développement de l'enfant, ou même de le détruire entièrement. Quelquefois les vaisseaux se rompent et le sang est épanché dans l'utérus, ce qui produit un sentiment de distension, et provoque de la douleur. Au reste il ne peut y avoir de certitude de cet accident qu'après la rupture des membranes lorsqu'il y a expulsion de caillots de sang. Si les vaisseaux du fœtus et de la mère viennent à communiquer entre-eux, la mère est affaiblie et peut même s'évanouir; dans tous les cas l'enfant souffre, mais il ne meurt pas toujours (2). Il faut délivrer la femme, soit à cause des effets produits sur la mère, ou pour prévenir la destruction de l'enfant. — Le cordon par une chute ou par une violente secousse du corps peut se déchirer à une époque peu avancée de la grossesse; dans ce cas l'enfant meurt, mais il n'est pas toujours immédiatement expulsé. Il peut être conservé plusieurs semaines, ensuite l'œuf est expulsé en une masse confuse renfermant le fœtus et correspondant, pour le volume, à l'époque où l'accident est arrivé (3). Le cordon peut être rempli d'hydatides. — On a trouvé le cordon extrêmement petit et délicat, ou au contraire très-épais. Dans le dernier cas il est toujours convenable d'appliquer deux ligatures au lieu d'une sur la portion qui reste attachée à l'enfant (4). Il est arrivé que, par le retrait du cordon sous la ligature, l'enfant est mort d'hémorrhagie (5). — On a trouvé deux cordons attachés à un seul placenta ou à deux placentas appartenant à un seul enfant; dans d'autres cas les vaisseaux sont surabondants ou manquent. On a dit que le cordon avait manqué entièrement, mais cela est incompatible avec l'économie du fœtus.

Voyez aussi Baudelocque, qui remarque avec justesse que ces nœuds ne peuvent être serrés au point d'arrêter la circulation.

(1) Le docteur Hunter pense les avoir vus deux fois formés avant la naissance.

(2) Voyez Baudelocque, l'art. note à la sect. 1084.

(3) Voyez un cas de M. Anel, dans les Mémoires de l'Académie des sciences, 1714.

(4) Ce moyen fut proposé par Mauriceau, qui avait vu un cas où l'enfant avait beaucoup souffert de la perte de sang, obs. 256.

(5) Voy. un cas de M. Degland, dans le Recueil périod., t. v, p. 343.

CHAPITRE XVII.

De la stérilité.

La stérilité dépend soit de la mauvaise conformation ou de l'action imparfaite des organes de la génération (1); dans quelques cas les ovaires manquent ou sont trop petits; les règles généralement ne paraissent pas; les seins sont aplatis; les organes extérieurs petits, ou ils participent de l'homme, et le désir sexuel est faible. — Cependant dans la majorité des cas les organes de la génération paraissent être bien formés, mais leur action est imparfaite ou désordonnée. Les règles sont obstruées ou rares, ou bien elles sont abondantes ou trop fréquentes, et les causes de ces conditions morbides ont été déjà relatées. — Il est rare qu'une femme conçoive lorsqu'elle ne voit pas régulièrement, et au contraire, une bonne menstruation indique généralement une disposition de la femme à devenir enceinte; un état de faiblesse ou d'irritation du système utérin, occasionné par des rapports trop fréquents ou trop prolongés avec l'autre sexe, est une autre cause de stérilité très-commune chez les femmes. De là un très-petit nombre de prostituées conçoivent. Un état morbide de l'utérus et des ovaires accompagné souvent de fleurs blanches, peut aussi être rangé parmi les causes de stérilité, et ceci se reconnaît à ses caractères propres. — Les femmes qui sont très-corpulentes sont souvent stériles, car leur corpulence dépend du manque d'activité des ovaires, car les animaux châtrés deviennent ordinairement gras; ou bien elle existe comme une marque de la faiblesse du système.

Lorsque la stérilité dépend d'une maladie organique, rarement on peut la guérir; mais quand il n'y a point d'indice que cet état existe, et que l'on a lieu de supposer qu'il est occasionné par une action désordonnée ou imparfaite du système utérin, nous devons employer

(1) Dupuytren retrancha un col utérin trop long, et la femme conçut ensuite.

les moyens que nous supposons pouvoir le guérir, soit en agissant sur lui en même temps que sur le système général du corps, ou plus directement sur l'utérus lui-même. Notre première attention doit être dirigée vers la menstruation, vu que l'état de cette fonction est notre principal guide dans le choix des médicaments à employer. Je dois renvoyer à ce qui a été dit sur ce sujet au chap. XII; on étudiera ensuite, indépendamment de l'état de la menstruation, la constitution et les habitudes du corps, sous le rapport de la pléthore, de l'irritabilité, de la torpeur ou de la débilité, et on emploiera avec persévérance les divers moyens, pour rectifier ces états; toutefois en prenant toujours garde de ne pas altérer la constitution, en cherchant à procurer un bien éloigné. Dans la majorité des cas, la faiblesse ou l'imperfection dans l'action du système utérin est la cause de la stérilité. Ceci peut dépendre directement d'une condition morbide de ces parties ou être produit par une influence sympathique exercée par d'autres organes. Les bains de mer, le changement d'air et les toniques sous des formes variées, combinés avec les laxatifs qui fortifient l'action des intestins, sont plus ou moins utiles. Les anciens employaient des pessaires médicamenteux, qui depuis long-temps sont tombés en discrédit, plutôt peut-être par l'absurdité de leurs ingrédients que par l'inefficacité de doux stimulants agissant sur le vagin et sur la matrice. Il est utile que la femme se sépare momentanément de son mari, surtout quand les menstrues sont abondantes, et dans le plus grand nombre de cas elle devra éviter des coïts trop fréquents.—Si une femme qui a été quelques années stérile vient à concevoir, elle doit surveiller sa grossesse, car elle est très-disposée à l'avortement.—Dans quelques cas le système utérin peut être mis en action par le sperme d'une personne plutôt que par celui d'une autre.

CHAPITRE XVIII.

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

SECTION Ire. — *Symptômes, progrès et espèces.*

Il arrive quelquefois que l'œuf ne descend pas dans la matrice, soit qu'il se trouve retenu dans l'ovaire ou qu'il s'arrête dans la trompe, ou qu'il soit déposé au milieu des intestins. On ne peut en général assigner aucune cause (1) à toutes les espèces de grossesse extra-utérine. Celle de la trompe est la plus commune. — Les symptômes de la grossesse extra-utérine ne sont pas d'abord très-distincts; la femme peut dans le commencement jouir d'une parfaite santé, mais en général les effets sympathiques et ordinaires de la grossesse, ou les maladies de la gestation sont plus violentes que si le fœtus était renfermé dans l'utérus, et souvent ils ne cessent pas aussi vite; dans quelques cas, ils augmentent même d'intensité à mesure que la grossesse avance (2). —Les symptômes, quoique souvent plus intenses, sont au reste semblables dans leur genre, à ceux de la grossesse ordinaire; le ventre s'enfle, l'utérus lui-même grossit, et il est lourd au toucher; mais quelques temps après il ne correspond plus pour le volume et pour l'état de son col, à la période supposée de la gestation, ou bien il peut revenir à l'état de non gestation (3); les règles sont souvent obstruées, quoique dans quelques cas elles aient continué de paraître pendant deux ou trois mois; les seins s'élargissent, le mal de cœur au matin survient à l'époque ordinaire (4) et l'enfant remue en temps convenable, mais les mouvements sont principalement sentis d'un seul côté; il se produit quelquefois une obstruction dans le cours des urines, jusqu'à ce que

---

(1) Lallemand, dans un cas, attribue l'accident à une frayeur, au moment de la conception, qui arriva en octobre; la malade mourut au mois de mars. On trouva un fœtus dans l'abdomen, et le chorion adhérait à tout le bassin. Nouv. journ., t. II, p. 320.

(2) Voy. un mémoire du docteur Garthshore. Lond. Med. journal, vol. VIII, p. 344.

(3) Voyez Tucker's Case Med. journ., XXIV, 448.

(4) Dans le cas du docteur Clarke, le mal de cœur du matin et les autres signes de la grossesse paraissaient très-régulièrement. Au bout de neuf mois il se fit des efforts pour expulser le fœtus qui furent suivis d'inflammation et d'un trouble dans la santé; puis la suppuration s'établit et la malade succomba. Transactions of a society, etc., vol. II, p. 1. Dans le cas du docteur Mainwaring, dans le même ouvrage, p. 287, la malade souffrit beaucoup du mal de cœur du matin et des douleurs dans les aines.

la poche s'élève hors du bassin. Quelquefois, dans les premiers temps de la grossesse, la femme ressent des douleurs (1) semblables à celles de la colique, et elles sont assez fortes pour provoquer une syncope (2) ou des convulsions (3), et il est arrivé que pendant ces douleurs, la trompe ou l'ovaire se sont rompus et que la femme est morte d'hémorrhagie interne (4), et peut-être en partie d'inflammation. Les douleurs commencent ordinairement dans la poche, puis l'utérus est excité à se contracter, et à expulser le liquide qu'il renferme. Quand

(1) Dans le Journal des savants de l'année 1756, on cite une femme de Louvain qui d'abord éprouva une si vive douleur en allant à la garde-robe, qu'elle crut que ses entrailles allaient sortir. Dans le cas de Pouteau, la femme éprouva de vives douleurs jusqu'après le second mois. Mélanges, p. 333.

(2) Bianchi cite un cas où dans les premiers mois la femme se plaignait d'une grande douleur dans le bas-ventre avec des nausées et des évanouissements. L'enfant cessa de remuer au cinquième mois, puis il s'établit une sécrétion de lait. (De nat. in hum. corp. vitiosa morbusque Gener., p. 166.)— Dans le cas du docteur Mounsey, la douleur, le vomissement et l'évanouissement durèrent jusqu'à ce que la femme sentît remuer. (Phil. trans., vol. XLV, p. 131.) — Dans le cas du docteur Fern, la malade se plaignait d'une grande douleur jusqu'au troisième mois, et, à partir de cette période jusqu'au huitième mois, elle fut sujette à des convulsions et à la syncope. (Phil. trans., vol. XXI, p. 121.

(3) Voyez le cas du docteur Fern, et un cas rapporté par M. Jacob, dans Lond. Med. journ., vol. VIII, p. 147.

(4) Dans le cas de M. Langslaff, la femme éprouva de vives douleurs dans le bas-ventre, des maux de cœur et des évanouissements, et mourut sept heures après être tombée malade. On trouva deux pintes de sang épanché dans le bassin et dans l'abdomen, ainsi qu'un fœtus avec ses membranes âgé d'environ huit semaines. La trompe droite de Fallope était aussi grosse qu'un œuf de poule, et était rompue en deux endroits. L'utérus était très-vasculaire et renfermait de la gelée, mais l'on dit qu'il n'avait pas de membranes caduques, et le col n'était point fermé par des mucosités. La trompe était oblitérée à son extrémité utérine, ce qui était probablement la cause du mal. (Med. chir. trans., vol. VII, p. 437.) — Sabatier cite deux cas de grossesse ovarienne, où la malade mourut promptement, après avoir éprouvé des douleurs et des évanouissements. (Med. operat., t. I, p. 343.)— Le docteur Abercrombie m'a rapporté un cas mortel d'hémorrhagie de ce genre. (Voyez aussi Revue méd., t. I, p. 460.)— M. Bushell rapporte un cas où la trompe se rompit, mais on trouva dans la trompe l'ovule de la grosseur d'environ un pois entre la déchirure et la matrice. On trouva dans le bassin environ deux livres de coagulum. (Med. chir. rev., juin 1834.)—Feu M. Moore me montra une préparation chez une femme qui était morte au sixième mois d'une grossesse extra-utérine. Il était survenu, environ quinze jours avant sa mort, des douleurs comme celles de l'enfantement, avec une vive douleur dans le côté où était l'œuf. Elle fut soulagée par la saignée et par les autres moyens, mais, au bout d'une quinzaine, les douleurs revinrent, et la malade succomba rapidement. A l'examen, on trouva un fœtus de la grosseur ordinaire pour six mois dans l'ovaire qui avait cédé, et du sang s'était épanché dans la cavité abdominale. L'utérus était aussi gros que le poing et aurait pu contenir une grosse poire; il était recouvert d'une membrane caduque. Dans les premiers efforts, on avait senti son orifice se dilater, mais on n'avait pu rien découvrir à l'intérieur; il survint un écoulement brunâtre. — Dans le cas rapporté par M. Clément, la femme qui, auparavant, s'était portée très-bien, se plaignit tout-à-coup d'une tension abdominale et d'une douleur assez forte pour la faire crier, la faire évanouir, causer le hoquet, etc., et trois heures après elle expira. La trompe était de la grosseur d'un œuf de pigeon, et, quoique déchirée, elle renfermait un petit œuf et un embryon d'environ six semaines. L'utérus était le double de grosseur naturelle et tapissé d'une membrane caduque. Il y avait dans le bassin une grande quantité de sang épanché. (Med. Gaz., XIV, p. 51.)— Une femme eut pendant deux jours une légère rétention d'urine; puis elle se plaignit de faiblesse, qui fut suivie d'une douleur dans le bas-ventre assez grande pour la faire plier en avant. Au bout de quelques heures, il survint une syncope mortelle. On trouva dans l'abdomen un énorme caillot de sang produit par la rupture de la trompe. Je soumis l'utérus à l'examen; le fœtus avait de la tête aux talons trois pouces, et était encore attaché au placenta de la trompe par le cordon. L'utérus avait trois pouces cinq huitièmes de long; la cavité du fond avait un pouce sept huitièmes de large; l'épais-

ces douleurs ne surviennent pas ou sont dissipées, ou bien lorsque la malade survit après la rupture de la poche, on trouve généralement qu'au bout de six, huit, neuf ou dix mois à partir du commencement de la grossesse, les apparences d'un travail (1) se présentent. La femme éprouve de fortes douleurs et il peut y avoir un écoulement sanguin de l'utérus; les douleurs se dissipent plus ou moins par degrés (2); l'enfant cesse de remuer, et il s'établit une sécrétion de lait (3); dans quelques cas rares la femme sent très-peu de gêne, la tumeur du ventre persiste pendant plusieurs années, et l'enfant est converti en une substance qui ressemble au gras des cimetières, tandis que la poche qui le renferme finit par s'indurer. Le plus souvent du reste, il se produit une irritation considérable(4) accompagnée de nausées, de perte d'appetit, de fréquents vomissements, de diarrhée, de dysurie, de tremblements, de difficulté de respirer, d'aphtes à la bouche, et d'une grande faiblesse; les symptômes inflammatoires surviennent et il se déclare une fièvre hectique. Le sac adhère au péritoine et aux intestins, et après une période incertaine variant depuis quelques semaines ou quelques mois, jusqu'à plusieurs années; le sac s'ouvre à l'extérieur ou communique avec les viscères abdominaux; une matière fétide, jointe à des chairs putréfiées, à des os et à du coagulum, s'écoule à travers les téguments de l'abdomen (1), ou par le rectum(2), par le vagin (3) ou par la ves-

---

seur des parois était de cinq huitièmes; la largeur de l'orifice utérin à l'extérieur était d'un pouce cinq huitièmes; le fond et le corps étaient revêtus d'une couche mince de membrane caduque, en partie gélatiniforme, en partie fibrineuse, parsemée de petites taches rouges et de stries de la même couleur. Le col et l'orifice de l'utérus contenaient une gelée rouge. Les ovaires n'avaient rien d'extraordinaire dans leur aspect. (Voy. aussi un cas dans les Archives, tom. x, p. 108.)

(1) Dans le cas rapporté par le docteur Perfect, il ne survint pas de douleurs d'enfantement, mais l'enfant cessa de remuer à la fin des neuf mois. L'abdomen n'augmenta ni ne diminua point de volume pendant deux années et sept semaines, mais la malade fut affligée d'une douleur continuelle dans la région hypogastrique, suivie de fièvre, et elle finit par succomber au marasme. (Cases in Midwifery, vol. II, p. 164.)

(2) Dans le cas de M. Bell, les douleurs persistèrent pendant trois semaines, quoiqu'elles se calmèrent par degrés. (Med. comment., vol. II, p. 32.)

(3) Dans le cas rapporté par M. Bell, le lait continua d'être sécrété pendant plusieurs années. Dans le cas de M. Turnbull, il y eut un liquide de sécrété qui ressemblait plutôt à du pus qu'à du lait.

(4) Dans le cas d'une mulâtresse, dont les dessins me furent présentés par le docteur Chisholm, la douleur était si grande, qu'elle ne put être calmée par les plus forts opiacés; elle se termina par la mort.

(1) Cette terminaison a été depuis longtemps notée par Albucasis, lib. II, c. 76. Dans les Commentaires de Padoue, on rapporte un cas où les parois abdominales s'ouvrirent par la gangrène que l'on dit avoir aussi affecté l'utérus; l'enfant fut ensuite expulsé et la malade se rétablit. — Dans un cas rapporté dernièrement par M. Gunning, la malade, après avoir éprouvé des douleurs comme celles du travail pendant trois jours, alla mieux; au bout d'un mois, les menstrues parurent; alors le ventre s'enflamma et un fœtus fut expulsé à travers les téguments. La femme continua d'être réglée, et l'on dit qu'à chaque époque, il se faisait un écoulement de liquide rougeâtre par la blessure fistuleuse, qui ne s'était point fermée. (Med. and phys. journ., octob. 1827, p. 314.)

(2) Voyez les cas rapportés par Langius, dans ses Lettres, t. II, p. 670. — Tulpius, Opera, lib. IV, c. 39, p. 358. — Pouteau, dans ses Mélanges, p. 373. — M. Shiever in Phil. trans., No. 303, p. 172. — Winthrop, Phil. trans., vol. XLIII, p. 304, et Simon, p. 529. — Lindestaple, vol. XLIV, p. 617. — Morely, vol. XIX, p. 436. — Gordon in Med. comment., vol. XVIII, p. 323. — Cammel in Lond. Med. journ., vol. V, p. 96. — Cas par M. Bergeret, dans le Recueil périodique, t. XIV, p. 289. — Gaitskell., Med. rep., mars, 1823.

(3) Voy. Marcel. Donatus, De med. hist. mirab., lib. IV, c. 22. — Hostii, Opera, t. II, p. 536. — Dans ce cas, le fœtus fut expulsé à la fois par le vagin et le rectum. — Benevoli, dans sa Diss., p. 101, cite un cas où la plus grande partie de l'enfant fut expulsée par le vagin, mais la femme mourut avant que le travail ne fût terminé. — Il y a un cas de M. Smith, dans Med. comment., vol. V, p. 314. — Dans le cas rapporté par M. Colman, des douleurs se déclarèrent, et l'on sentit la tête dans le bassin à l'époque supposée de l'accouchement et long-temps après,

sie (1). Quelquefois un fœtus presque entier a été expulsé par l'ombilic (2) ou par le rectum (1). Il est bon de remarquer que le placenta, dans ce cas, est presque toujours détruit (2) et expulsé au milieu des matières putrides. Souvent la personne ne vit pas jusqu'à l'époque de l'expulsion, mais meurt bien avant ce temps-là. La grossesse extra-utérine a été combinée avec une grossesse naturelle (3). Ainsi il est évident que la grossesse extra-utérine peut se terminer de différentes manières, la poche peut se rompre et la personne mourir d'hémorrhagie (4), ou l'enfant peut s'échapper dans l'abdomen et être enveloppé dans une espèce de kyste formé par de la lymphe (5), ou la

---

mais on ne put découvrir l'orifice de l'utérus. Quelque temps après, survint la fièvre hectique, accompagnée de diarrhée et d'un mal à la bouche. Six mois après les premiers symptômes du travail, on sentit une ouverture dans le vagin, mais ne ressemblant nullement à l'orifice utérin; la main fut introduite et un enfant en putréfaction fut extrait. Quelques matières fécales continuèrent de sortir par la blessure, mais à la fin la femme se rétablit. Med. and phys. journ., vol. II, p. 262. — Voyez aussi le cas de Camper, dans ses Démonst. anat. path., lib. II, p. 16, et le cas du docteur Fothergill, dans les Mém. de la société de méd., vol. VI, p. 107. — Dans le cas du docteur Harder, le fœtus fut extrait pièce par pièce, d'un abcès qui s'ouvrit dans le vagin; il s'écoula beaucoup de pus, mais rien qui ressemblât au placenta ou au cordon ne fut expulsé; la malade se rétablit. Archives, 2e série, t. X, p. 488. — Dans un cas rapporté par M. Rankin, il sortit deux os par le vagin. On sentait l'orifice utérin ouvert et quelque chose à l'intérieur. L'ouverture fut dilatée par un forceps à polype, et un fœtus fut extrait. Edim. med. journ., avril 1827, p. 302. Si l'extraction fut réellement pratiquée par l'orifice de l'utérus et non par une ouverture nouvellement formée, cela n'a pu être une grossesse extra-utérine. L'utérus a-t-il pu se rompre au moment où, pour la première fois, les douleurs se firent sentir, sans que le fœtus soit entièrement expulsé dans la cavité de l'abdomen? Nous n'avons pas d'exemple d'un enfant qui serait même resté mort dans l'utérus, après que les douleurs de l'enfantement fussent venues, et qui serait ensuite expulsé par portions.

(1) Voy. Stalpart, Van der Wiel Opera, t. I, p. 305. Dans ce cas, les os sortirent avec les urines. — Dans le cas de Ronseus, l'enfant fut expulsé en partie par la vessie, mais principalement par l'anus. Epist. med. — Un cas semblable est rapporté par Morlanne. La matière étrangère servait de noyau à un calcul; par une opération semblable à celle de la litothomie, on fit l'extraction de deux pierres et de cinq portions d'os du crâne. Recueil périod., tom. XIII, p. 70. — Dans le cas du professeur Joseph, on trouva l'enfant tout entier dans la vessie. Med. and phys. journ., vol. XIV, p. 519.

(2) Voyez le cas de Madame Stag, in Lond. med. obs. and inquiries, vol. II, p. 360, et les cas rapportés par M. Jacob, le docteur Maclarty et les autres praticiens.

(1) Dans le cas de M. Gifford, l'enfant fut expulsé en entier par l'anus, et même on trouva le cordon pendu à l'intestin. Phil. trans., vol. XXXVI, p. 435. — Voyez aussi le cas de M. Goodsir, dans les Annales de médecine, vol. VII, p. 412. — Le docteur Albers est en possession d'un cas semblable. Dans le cas de Julie, des os furent expulsés par le rectum à la seconde année. A une époque moins avancée, il était survenu des douleurs avec une fièvre de lait, etc. Rev. med., t. X, p. 53.

(2) Dans le cas du docteur M. Knight, quoiqu'on pratiquât l'opération césarienne avant qu'aucun mauvais effet ne fût produit sur la santé, on ne put trouver aucune portion du placenta.

(3) Il y a un cas rapporté par Chet., Nouv. journ., t. III, p. 287. Une femme ayant une grossesse extra-utérine, devint enceinte, et à neuf mois, elle mit au monde un enfant qui vécut quinze jours. La tumeur abdominale était devenue bleue. On pratiqua une incision, et un enfant long de dix-huit pouces fut extrait; la femme en revint. Archives, tom. IX, p. 423.

(4) Dans le cas du docteur Clarke, la trompe se rompit au second mois, et la femme mourut d'une perte de sang. (Transactions of a society, vol. I, p. 216.) — Voyez un cas par Duverney, dans ses ouvrages, t. II, p. 353, et par M. Littre, dans les Mémoires de l'Acad. des sciences pour l'année 1702, et par Riolan, dans ses ouvrages. Voir aussi Med. comment., vol. I, p. 429. — Dans le cas de M. T. Blizard, la rupture eut lieu dans la première période, car la femme n'avait point vu seulement depuis cinq semaines lorsque l'événement arriva. Voir Edimb. phil. trans., vol. V, p. 189. M. Tucker's Cases Med. and phys. journ., XXIX, p. 448.

(5) Voir un cas par Lacroix, dans la Méd. éclairée, t. IV, p. 349. — Dans le cas du docteur Bright, le fœtus reposait

poche peut rester entière et l'enfant être gardé pendant plusieurs années (1) et dans ce cas les parties se durcissent; malgré tout cela les règles peuvent revenir et la femme peut concevoir de nouveau (2), mais la terminaison la plus fréquente est celle de l'inflammation finissant par un abcès accompagné de fièvre et de douleur auxquelles la malade succombe, ou bien le fœtus est expulsé par morceaux, et la guérison a lieu lentement. Quand la poche adhère à la courbure du colon et s'ouvre au dedans de cet intestin, les os sont plus aisément expulsés que lorsqu'elle s'attache à l'ilion, à moins qu'elle ne s'ouvre dans le colon. En comprenant tous les cas, il paraît que la majorité des femmes finit par en revenir ou par se rétablir de la lésion immédiate; parmi le reste, les unes sont mortes rapidement, soit d'hémorrhagie, soit d'inflammation, soit de l'épuisement produit par les efforts inutiles pour expulser l'enfant, ou bien elles ont succombé plus lentement à une fièvre hectique et à l'irritation, ou à la suite de quelque maladie appelée en action par la secousse que la constitution a éprouvée.

Dans quelques cas la poche s'élève tout-à-fait hors du bassin; dans d'autres elle est plus longue et descend entre l'utérus et la vessie (1), ou entre le rectum et le vagin, formant une tumeur accompagnée des symptômes d'une rétroversion de l'utérus (2). Dans ces cas la poche

---

dans une espèce de cavité communiquant avec l'intestin. La malade souffrit beaucoup des douleurs, de la difficulté de respirer, de la diarrhée, etc. (London med and surg. journ., II, 65.)

(1) J'ai vu le fœtus être gardé pendant vingt ans, et il y a quelques exemples où il a été conservé pendant trente, quarante ou cinquante ans. — Madame Ruff, dont le cas est rapporté dans la Med. and phys. jour., Mai 1800, porta l'enfant pendant cinquante ans. — La malade de Middleton le porta seize ans. Phil. trans., vol. XLIV, p. 617. — Celle de Mounsey, treize ans. Vol. XLV, p. 121. — Celle de Steigertahl, quarante-six ans. Vol. XXIV, p. 2070. — Voir aussi les cas rapportés par M. Grivel, in Edimb. med. journ., vol. II, p. 19, et par le docteur Caldwell, p. 22. — Quelquefois il n'y a pas d'effort d'expulsion, mais le fœtus se convertit en une substance que Fourcroy trouve ressembler au gras des cimetières. System., t. X, p. 85. — Sandifort cite un cas où, après des efforts pour enfanter, la malade ne ressentit plus de gêne, et, après vingt-deux ans, on trouva l'enfant induré. Observationes, lib. II, p. 36. Il cite Nebel pour un cas où l'enfant fut gardé cinquante-quatre ans. — Cheselden le trouva converti en une matière calcaire. — Feu M. Hamilton, de cet endroit, avait une préparation d'un fœtus qui avait été gardé trente-deux ans. Cette femme avait éprouvé des douleurs au bout de neuf mois, après quoi le ventre diminua de volume. — Penker rapporte un cas de grossesse extra-utérine, dans laquelle l'enfant resta trois ans dans l'abdomen; il ne donne pas de résultats positifs. Archives, t. IX, p. 124, in vol. XVII, p. 332. — M. Garde rapporte le cas d'une femme, âgée de 73 ans, dans l'abdomen de laquelle on trouva un fœtus ossifié de deux pouces de long. Dans l'american med. journ. for, may 1828, se trouve le cas d'une négresse qui conserva l'enfant dans un kyste ossifié pendant quarante ans.

(2) Dans le cinquième volume Of the Edinb. essays, il est rapporté un cas dans lequel la malade parut avoir une seconde grossesse extra-urine, avant qu'elle fût débarrassée de la première. Voir aussi Primerose De morb. mul., p. 326. — M. Hope, dans le sixième volume Of the med. and phys. journ., p. 360, raconte un cas où la femme, au septième mois de sa grossesse, éprouva des douleurs qui durèrent trois semaines; puis elles disparurent laissant une tumeur dure dans le côté gauche qui était un peu douloureuse. Elle eut ensuite une autre grossesse, et, quinze jours après la délivrance, elle commença, après avoir pris un laxatif, à vomir. Ces vomissements continuèrent, se composant à la fin de matières fécales. Le cas fut mortel. — Voir aussi Turk in Haller, Disp. chir., IV, 793. — M. S. Cooper mentionne un cas où la femme avait un enfant vivant, lorsqu'elle expulsait encore les os provenant d'une grossesse extra-utérine. Med. and surg. journ., V. 337.

(3) Ceci arriva dans le cas du docteur Harriet; la dysurie fut un symptôme prédominant. Voir Med. Gazette, XIV, p. 850.

(4) Voir M. Mainwaring's Cases, in Trans. of a society, etc., vol. II, p. 287. — Dans le cas de M. White, rapporté dans Med. comment., vol. XX, p. 254, les symptômes ressemblaient beaucoup à ceux de la rétroversion, et le cas ne put être connu que par le résultat. — Dans le cas de M. Cammell, il n'y avait qu'une tumeur entre le vagin et le rectum, mais

s'enflamme et s'ouvre dans le rectum ou dans le vagin. Le docteur Mirreman (1) est d'opinion que tous ces cas-là appartiennent à la rétroversion de l'utérus, et non à la grossesse extra-utérine. Mais pour le moment il n'y a point de certitude. Cette simple circonstance, savoir que la grossesse est compliquée d'une suppression d'urine ou d'une tumeur à la partie postérieure du bassin, n'est point une preuve, puisque les deux accidents peuvent naître de la pression exercée par la poche sur le bassin. — Quelquefois, lorsque surviennent les douleurs de l'enfantement, la tête descend dans le bassin, quoiqu'elle n'y fut pas auparavant; mais on ne peut sentir l'orifice utérin, ou bien on le trouve dirigé vers le pubis, et nullement affecté par les douleurs.

Il est curieux d'observer que toujours l'utérus grossit d'une manière considérable (2), et que dans tous les cas il se forme une membrane caduque, la cavité est remplie d'un liquide qui souvent s'écoule, lorsque les douleurs surviennent; mais la membrane caduque n'est pas aussitôt expulsée (1). Dans un cas remarquable rapporté par feu M. Hey (2) de Leed, le placenta était formé dans l'utérus, tandis que le fœtus était dans la trompe. — La grossesse de la trompe ne dépasse pas quelquefois le second mois, vu que la trompe se rompt à cette époque, ou pour parler plus correctement, je crois que la trompe s'enflamme lentement et qu'il survient une gangrène. Du reste dans un grand nombre de cas, la trompe continue de s'élargir pendant neuf mois, et acquiert un volume presque égal à celui d'une matrice à la même époque de la grossesse (3). Le placenta diffère de celui

---

l'orifice utérin était dirigé en haut et en avant. Lond. med. journ., vol. v, p. 96. — Le cas de M. Kelson ressemblait beaucoup à une rétroversion, car à la dixième semaine les urines et les garde-robes étaient à la fois obstruées. Au bout d'une quinzaine, l'obstacle disparut subitement, et on trouva l'utérus à sa place. La malade continua d'aller bien jusqu'au neuvième mois, où le travail eut lieu, mais en vain. Dans la suite, l'enfant fut expulsé par l'anus. Med. and phys. journ., vol. xi, p. 293.

(1) Voir Diss. sur la rétroversion, etc., 1810.

(2) Bœhmer depuis long-temps avait fait cette observation, et le docteur Baillie, dans le soixante-dix-neuvième volume des Phil. trans., dit que le docteur Hunter avait une préparation d'une grossesse de la trompe, dans laquelle on trouva l'utérus double de son volume et renfermant une membrane caduque. Il établit aussi que dans une grossesse ovarienne, l'utérus était grossi, épais et spongieux, et que ses vaisseaux s'étaient élargis. — Le docteur Clarke trouva l'utérus, dans le second mois d'une grossesse extra-utérine, exactement de la même grosseur que s'il avait renfermé l'embryon. La membrane caduque était formée et le col était rempli d'une matière gélatineuse. (Transactions of a society, vol. i, p. 216.) Voir aussi un cas par Saviard in Phil. trans., No. 212, p. 314.— Un cas, semblable à celui du docteur Clarke, est rapporté par M. T. Blizard, in The Edimb. Phil. trans., vol. v, p. 189. Voir aussi Annals of med., vol. iii, p. 379.

(1) Dans le cas de M. Houston, le col était tellement fermé, qu'on ne pouvait y introduire une sonde. Phil. trans., vol. xxxii, p. 387. La membrane caduque paraît quelquefois épaisse, formant une masse comme un placenta, et qui, dans le cas de M. Turnbull, fut expulsée avec hémorrhagie. (Mem. of med. society, vol. iii, p. 176.) — M. Douchez a publié un cas de grossesse de la trompe qui fut mortel vers la dixième semaine, et dans lequel il n'y avait pas de membrane caduque, mais seulement une couche mince de mucosités au-dedans de l'utérus qui était un peu grosse. Med. Gazette, vii, p. 11.

(2) Voir Med. obs. and inq., vol. iii, p. 341.

(3) Parmi un grand nombre de cas à l'appui de cette assertion, je puis en rapporter un détaillé avec beaucoup de soin par le docteur Clarke, dans les Trans. of a society, etc., vol. ii, p. 1. — Dans un cas que feu le docteur Millar me montra; on supposait que la malade était devenue enceinte en janvier 1833. Jusqu'au huitième mois, elle alla bien comme à l'ordinaire; à cette époque, elle éprouva pendant trois jours des douleurs comme celles de l'enfantement. Elles cessèrent, puis elles revinrent quelque temps après dans les trois semaines. Au mois de mai 1833, la malade était pâle et maigre, ayant un pouls fréquent, de la diarrhée et des aphtes à la bouche; l'abdomen était volumineux comme celui d'une femme au huitième mois; il était en outre très-douloureux, et il y avait une tumeur fluctuante dans le côté gauche de l'ombilic. La personne alla bien, au point de parcourir à pied quelques milles, mais ensuite elle fit une rechute et mourut en no-

d'une grossesse utérine, en ce qu'il est beaucoup moins épais et plus étendu. L'examen à l'extérieur découvre à neuf mois peu de différence entre cette grossesse et celle qui est naturelle. M. Breschet (1) a publié quelques cas, où l'ovule a gagné l'extrémité de la trompe, mais non la cavité utérine, il se développa dans la substance de l'utérus (2). — La grossesse ovarienne (3) est beaucoup moins fréquente que celle des trompes, et il est rare que l'ovaire acquière un grand volume, ou il se rompt de bonne heure (4), ou il survient une inflammation et un abcès, ou bien le fœtus meurt et est converti en une masse confuse, ou il cause une hydropisie de l'ovaire. La grossesse ovarienne, jusqu'à ce que l'inflammation survienne, produit une tumeur mobile et circonscrite comme une hydropisie de l'ovaire.

Dans la grossesse abdominale, la plus rare des trois espèces, on sent plus librement les mouvements de l'enfant (1), et l'on en distingue plus aisément la forme à travers les téguments de l'abdomen. Les efforts d'expulsion ont lieu comme de coutume, et la tête de l'enfant est quelquefois poussée dans le bassin; il meurt, et les efforts que fait la nature pour l'expulser se continuent, si la femme ne succombe pas immédiatement à l'état d'irritation. On trouve le placenta attaché au mésentère ou aux intestins (2), ou

---

vembre 1833. On trouva l'utérus sain, n'adhérant nullement aux autres parties. La trompe gauche était volumineuse et adhérait à l'ilion formant une cavité qui renfermait du pus et des os, dont quelques-uns étaient entrés dans l'intestin. J'ai un modèle des parties que mon fils a préparé.

(1) Répertoire d'anatomie, t. I, p. 91. — Moreau et Gardien citent un cas où un canal allait de la trompe droite à travers la substance de l'utérus, pour s'ouvrir au-dedans de son col, et ils pensent que ce canal peut expliquer un pareil cas. (Revue méd., t. I, p. 567.) — Dans le Museum de Dupuytren, l'on voit une belle préparation de M. Breschet. L'utérus lui-même a environ le volume qu'il doit avoir au troisième ou au quatrième mois. Cette grossesse, qui a été appelée interstitielle, est aussi démontrée par un cas rapporté dans les Archives, t. XI, p. 169.

(2) Quelques auteurs nient que l'œuf descende de l'extrémité de la trompe dans les parois de l'utérus. D'autres soutiennent que cela a lieu, et qu'il a été expulsé de la cavité utérine dans le vagin. Voyez un cas rapporté par Carus, et une discussion par Velpeau, etc., dans les Archives, 2e série, t. IX, p. 107.

(3) Dans un cas rapporté par Varocquier, l'ovaire n'avait pas un volume plus grand qu'un œuf. La femme mourut après avoir éprouvé de violentes douleurs dans le bas du côté gauche; les intestins étaient légèrement enflammés. Mém. de l'Acad. des sciences, t. LXIII, p. 76. — Dans le cas rapporté par Léveillé, le fœtus était âgé entre trois et quatre mois. Rapport de la société philomatique, t. I, p. 146. Voir aussi un cas dans le Recueil périod., t. XIII, p. 63, et dans le Recueil des actes de la société de Lyon.

(4) Voir Chambon, Malad. de la grossesse, t. II, p. 373. Un cas par Saint-Maurice, dans Phil. transact., No. 150, p. 285. — Dans le cas rapporté par Larocque, on trouva l'ovaire rompu et le fœtus à moitié expulsé. Obs. anat. fasc. prim. — La malade du docteur Forrester, après des coliques violentes, rendit du sang par l'anus; l'hémorrhagie et les évanouissements devinrent mortels. On trouva le fœtus dans l'ovaire. Annals of medicine, vol. II, p. 379.

(1) Le docteur Zais cite un cas de grossesse abdominale où le mouvement était à peine comprimé par la force qu'un homme pouvait déployer. Huit semaines après la mort du fœtus, on en fit l'extraction par une opération. On le trouva renfermé dans une espèce de kyste; le placenta était attaché à l'épine et ne pouvait en être séparé; la plaie fut fermée et le placenta parut sortir dans un état de morcellement; la malade se rétablit. Archiv. gén., XXV, 417. — Dans le museum de l'hôpital d'accouchement, à Dublin, il y a une préparation dans laquelle l'utérus, allongé de plus d'un pied, semble former la partie antérieure du kyste.

(2) Voir le docteur Kelly's Case, in Med. obs. and inquiries, vol. III, p. 44. — Dans le cas rapporté par M. Clarke, le placenta était attaché aux reins et aux intestins. Mem. of med. society, vol. III, p. 179. — Dans les Mémoires de l'Acad. des sciences, il y a un cas d'adhérence du placenta aux vertèbres lombaires. — Dans l'histoire rapportée par Lacoste, il était placé au-dessus de l'estomac et du colon. Voir Œuvres de Duverney, t. II, p. 363. — Dans le cas de M. Turnbull, il était très-mince et adhérait aux intestins. Mem. of medical society, vol. III, p. 176. — M. Martin, dans le Recueil des actes de la société de santé de Lyon, rapporte un cas de grossesse abdominale

bien renfermé dans un sac (1), conjointement avec le fœtus. On a supposé que les exemples de cette variété n'étaient en réalité que des cas de rupture de la matrice, mais cette opinion ne repose pas sur des preuves satisfaisantes, quoiqu'en même temps je ne doute pas qu'un grand nombre ne soient des ruptures.

SECTION II. — *Traitement de la grossesse extra-utérine.*

Le traitement de la grossesse extra-utérine doit dépendre beaucoup des particularités du cas. Dans la première période, si le fœtus est logé dans le bassin, il faut procurer des selles libres, maintenir la vessie régulièrement vide, comme dans la rétroversion de l'utérus. Les accès de douleur, pendant l'élargissement de la trompe, requièrent la saignée et les anodins, les laxatifs et les fomentations. Les mêmes remèdes sont indiqués quand il survient des convulsions. La grossesse ovarienne exige le même traitement que la grossesse extra-utérine, excepté que si elle est compliquée d'hydropisie, on peut obtenir du soulagement en fesant la ponction. — Lorsque la malade fait des efforts d'expulsion, que l'on sent la tête à travers le vagin, et que la nature du cas est suffisamment constatée, on pourrait supposer, et quelques cas rapportés paraîtraient justifier la supposition, que l'on peut épargner à la malade beaucoup de souffrances, en pratiquant une incision à travers le vagin, et en extrayant l'enfant; mais jusqu'à présent l'expérience n'a pas suffisamment constaté l'utilité de cette pratique (1). On a proposé dans ces cas et dans d'autres circonstances de pratiquer, lorsque le travail surviendrait, l'opération césarienne selon le mode ordinaire (2); mais il y a non-seulement un grand danger à courir de la blessure, mais aussi du côté du placenta qui, s'il est arraché, peut causer une hémorrhagie, surtout dans la grossesse abdominale, et qui, s'il est laissé de côté, peut produire de fâcheux résultats. La dernière chance est du reste la plus mauvaise, à moins qu'il n'adhère fortement à des parties délicates. Le seul cas qui justifierait l'opération serait celui dans lequel l'enfant est vivant, au moment où surviennent les douleurs et lorsqu'il y a des preuves certaines que la grossesse est extra-utérine. — Le résultat des nombreux cas qui sont rapportés,

compliquée de hernie.— Courtial trouva le placenta qui adhérait à l'estomac et au colon.

(1) Dans un cas rapporté par le docteur Collins, il y avait sous quelques rapports beaucoup de ressemblance avec la rétroversion; mais quoique la tumeur pût être soulevée au-dessus du bassin, elle retombait promptement; la vessie était vide, et cependant on sentait dans sa région une large tumeur élastique que l'on ne trouva pas et dont on ne put rendre compte par la dissection. L'utérus, les trompes et les ovaires étaient à l'état sain, mais il y avait dans le bassin une poche d'où s'était échappé un fœtus âgé de deux mois. On ne dit pas que cette poche eût quelque rapport avec l'utérus, mais on ne constata pas une attache particulière au bassin. Il n'y avait point de membrane caduque à la surface interne de l'utérus, mais quelques petites excroissances. Dublin. Med. trans., vol. I, p. 118.

(1) Dans un cas probablement de cette espèce, rapporté par Lauverjat et cité par Sabatier, l'enfant fut extrait par une incision à travers le vagin et la femme se rétablit. (Méd. opér., t. I, p. 136.) — On trouve un cas semblable dans le Journal des savants, 1722.— Un cas très-intéressant est rapporté par Delisle dans le Bulletin de la société méd. d'émulation, pour les mois de mai et de juin 1818, dans lequel l'enfant fut extrait vivant par une incision à travers le vagin. La mère mourut au bout d'un quart d'heure et l'enfant une demi-heure après elle. Cependant dans un cas l'extraction fut faite avec succès pour la mère et pour l'enfant. — Dans le cas de M. Normand, (Med. chir. trans., vol. XIII, p. 2,) l'enfant fut extrait après avoir fait une incision à travers le vagin, mais la malade mourut d'une inflammation du péritoine. La grossesse était abdominale, car le placenta était attaché extérieurement au ligament large de l'utérus. — Caignon fit l'extraction d'un enfant vivant par le vagin, mais la mère mourut. Archiv., XXI, 286.

(2) M. Colomb pratiqua l'opération césarienne, mais elle se termina par la mort. Recueil des actes de la société de Lyon. — Osiander ne fut pas plus heureux. — Gurney fit l'extraction par une opération. (Med. and phys. journal, avril 1823.)— Dans un cas rapporté dernièrement, l'on cite l'extraction heureuse d'un enfant vivant que l'on supposa avoir été dans la cavité abdominale; le placenta était attaché au fond de l'utérus et à l'ovaire. Nouv. journ., t. XV, p. 52.

justifieront, certainement au dernier point, la confiance que nous accordons aux forces de la nature, de préférence à l'instrument du chirurgien. S'il y a quelqu'exception à faire à cette règle, c'est dans les cas où l'on sent distinctement l'enfant à travers le vagin, et où il peut être extrait par une incision pratiquée sur ce canal. Notre pratique se résume à calmer la douleur et l'irritation dans le premier cas, par des saignées, des anodins et des fomentations; à éviter pendant la période d'inflammation, tous les stimulants et tout mouvement; et à combattre, par des moyens convenables, tout symptôme particulier qui se présente.

S'il y a tendance à la suppuration, on la favorisera par des cataplasmes, et on ouvrira la tumeur lorsqu'elle fera saillie à l'extérieur, ou bien on la laissera s'ouvrir d'elle-même, suivant les souffrances de la malade et suivant la gravité du cas (1). On facilitera le passage des os et des différentes parties du fœtus; on soutiendra les forces de la malade pendant la fièvre hectique qui accompagne le travail d'expulsion. Après que l'abcès sera fermé, il est nécessaire de prendre garde, que par la fatigue ou par quelqu'effort, il ne se rouvre et ne devienne mortel (2). — Lorsqu'il n'y a aucun travail pour expulser le fœtus, mais lorsque celui-ci reste

(1) Le docteur Maclarty rapporte le cas d'une négresse chez laquelle la cuisse de l'enfant faisait saillie à travers un ulcère à la partie inférieure de la tumeur abdominale, tandis qu'à la partie supérieure c'était le bras. On divisa la portion de la peau qui était intermédiaire et l'enfant fut extrait. La tête adhérait fortement, mais elle fut retirée avec le forceps. Il n'y avait point de placenta, seulement une matière putride sortit avec l'enfant. La femme en revint. (Med. comment., vol. XVII, p. 481.)— Un autre cas est rapporté par Duverney, dans lequel le placenta n'était point détruit. Il fut extrait avec l'enfant. Œuv., t. II, p. 357—Cyprianus cite un cas où l'enfant fut retiré après avoir été gardé vingt et un mois. (Histor. fœtus. hum. salvâ matre ex tubâ excisi.) — M. Brodie élargit l'ouverture de l'ombilic avec une lancette. Phil. trans., vol. XIX, p. 580. Voir aussi Baynham's Case in Med. facts, vol. I, p. 73. — Dans le cas de M. Bell, on fit une incision de quatre pouces de long, et les os de deux enfants furent extraits. (Med. comment., vol. p. 72.)— Le docteur Haighton rapporte un cas intéressant dans lequel quelques os furent expulsés par le vagin, mais la tumeur faisait aussi saillie au-dessus du pubis, et à travers celle-ci parut une des côtes. Le praticien fit une incision, mais il y eut une si grande hémorrhagie, qu'il fut obligé d'appliquer un bandage jusqu'au lendemain, où il fit l'extraction des os; la femme se rétablit. Med. records, p. 260. — Le docteur M. Knight pratiqua l'opération au second mois, quoique la femme jouit d'une santé passable; des symptômes très-graves survinrent, mais la femme qui, certainement par l'opération prématurée, avait été dans un état alarmant, en revint. On ne trouva aucun placenta. Mem. of med. society, vol. IV, p. 32. Voir aussi une guérison heureuse dans Med. chir. rev. for, July 1826, p. 275. — M. Hutcheson a depuis peu publié un cas très-intéressant, dans lequel l'enfant fut extrait par morceaux et avec succès. La malade éprouva les symptômes ordinaires de la grossesse, mais elle augmenta de volume plus rapidement que de coutume, et alors elle avait des spasmes assez forts pour la priver de sentiment; au neuvième mois, survinrent les douleurs accompagnées d'un écoulement limpide, de temps en temps sanguinolent, et à cette époque elle souffrait extrêmement des mouvements continuels de l'enfant. On sentit une tumeur entre le rectum et le vagin; ensuite, à cause du gonflement, on pratiqua la paracentèse, et on retira six pintes d'un liquide trouble; l'ouverture ne se ferma pas, et en introduisant le doigt on pouvait sentir la tête d'un enfant. On élargit l'ouverture et on retira l'enfant par morceaux. Le cordon était entier, mais ce ne fut que quelque temps après que le placenta désorganisé fut retiré. — M. Hutcheson opine en faveur d'une prompte extraction. Med. Gazette, No. 414 et 480.

(2) Dans le cas du docteur Morley, cet accident arriva deux ans après la guérison du premier abcès. (Phil. trans., vol. XIX, p. 486.) — M. Moyle rapporte une histoire où d'abord l'abcès s'ouvrit à la suite d'un saut par dessus une haie. Les os continuèrent à être expulsés pendant un an, sans détériorer beaucoup la santé. L'abcès se guérit ensuite, mais trois ans après, une nouvelle tumeur reparut, qui s'ouvrit à la suite d'un effort, et environ une aune d'intestin fit hernie. Quelques jours s'écoulèrent avant que M. Moyle vît la malade. L'intestin était alors gangrené; cependant la malade vécut encore douze jours, et la portion d'intestin tomba avant la mort. Med. journ., vol. VI, p. 52.

et qu'il passe à l'état d'induration, il faut borner la pratique à pallier les symptômes particuliers qui se présentent.

CHAPITRE XIX.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE.

Quelques femmes éprouvent immédiatement après la conception, une sensation particulière qui leur annonce leur nouvel état. Mais ces cas sont rares et en général les premiers symptômes qui portent une femme à se croire enceinte, c'est la suppression des menstrues et un état d'irritation dans l'estomac, qui commence souvent dès le premier mois. Elle a des maux de cœur ou des vomissements le matin, et pendant l'après dîner, elle éprouve des lassitudes fréquentes; elle est sujette, le jour ou le soir, à des douleurs d'estomac, et à un sommeil interrompu pendant la nuit, qui accompagne si souvent une irritation abdominale. Dans quelques cas, l'esprit est aussi affecté, la femme devient plus irritable, plus mobile ou plus mélancolique que de coutume. Quelquefois les traits deviennent plus animés et le teint meilleur, mais en général la femme pâlit, et le bord inférieur de la paupière inférieure, prend quelquefois une couleur plombée. Puis les traits se dessinent davantage, et même le corps commence à maigrir tandis que le pouls s'accélère. Dans un grand nombre de cas, il survient des sympathies particulières qui causent une salivation, des maux de dents, la jaunisse; et dans d'autres cas, il y a très-peu de troubles, et la femme n'est certaine de son état que lors de la période où l'enfant remue. — Quelques-unes, à l'époque de la conception, ont un léger écoulement de l'utérus, et dans tous les cas les véritables menstrues se suppriment dans la suite. Jusqu'à quel point cette suppression est-elle un effet invariable de la grossesse, c'est ce qui a été mis en doute. Des praticiens célèbres ont soutenu que quelques femmes ont continué d'être réglées pendant tout le temps de la grossesse, tandis que d'autres accoucheurs, non moins distingués, prétendent que, quoique des écoulements sanguins répétés comme la menstruation puissent survenir, cependant ils ne sont nullement réguliers eu égard à l'époque menstruelle, ni exactement de la même qualité que les menstrues. Je ne connais pas de cas où la menstruation fût parfaite et régulière pendant tout le temps de la grossesse, mais l'on trouve quelquefois que chaque mois, durant du moins une partie de la grossesse, il y a pendant un jour un écoulement sanguin avec douleur, et quelquefois la douleur à chaque période successive augmente, tandis que l'écoulement diminue. Quelques femmes ont, pendant la période qui succède à la fécondation, une espèce d'hémorrhagie plutôt que de menstruation; ce n'est pas un indice d'un avortement prochain. Les seins d'abord deviennent quelquefois plus petits, mais vers le troisième mois ils grossissent et parfois deviennent douloureux. Le mamelon est dans tous les temps entouré d'une aréole plus ou moins large, d'une couleur plus ou moins foncée, suivant que le teint est plus ou moins brun. Sa texture est semblable à celle du reste de la peau, il contient des glandes ou de petits follicules vasculaires, ayant des conduits excrétoires. Il y a à la surface postérieure du chorion une couche destinée à sécréter le mucus qui, se mêlant à la matière colorante provenant d'une autre couche plus superficielle, sert à former l'épiderme. Une troisième couche située dans la substance du chorion sécrète la sueur. Outre ces trois couches, l'on trouve aussi, à moins que ce ne soit une modification de la troisième couche, dans l'aréole depuis cinq jusqu'à dix petites glandes qui paraissent comme des tubercules sur la surface. Elles sécrètent un liquide tantôt clair, tantôt laiteux. Il y a long-temps que l'on sait, que quelquefois pendant la menstruation, l'aréole devient plus colorée à cause d'une augmentation d'action, mais presque toujours vers le troisième mois de la grossesse l'aréole devient plus sombre, plus gonflée, et ses tubercules sont plus proéminents. Cet état qui continue pendant l'allaitement a été bien décrit par le docteur Montgomeric; sans doute il dépend beaucoup de l'augmentation d'action qui est produite dans les seins, mais la différence de couleur indique aussi un changement de sécrétion, dans l'appareil chromotogène de Breschet, ou dans celui qui sécrète la matière colorante (1). Ce changement n'est

---

(1) Annales des sciences naturelles, série II, tom. II, p. 166 et seq.

pas toujours limité à l'aréole primitive, mais il peut s'étendre bien au-delà de ses limites ordinaires.

D'après le même principe la peau des grandes lèvres ou de l'aine devient quelquefois plus brune. Jaquimen dit que la tunique muqueuse du vagin prend une couleur plus sombre, ou pourprée; mais quand cela existe, il faut l'attribuer à l'état du système vasculaire dans cette partie. — Dans le commencement de la gossesse le ventre ne devient pas plus gros, au contraire il est quelquefois plus aplati qu'auparavant, et lorsque pour la première fois il commence à augmenter de volume, cela est dû plutôt au gonflement des intestins particulièrement du colon, qu'au développement de la matrice. Dans quelques cas vers l'époque de la première période menstruelle les intestins sont distendus par des flatuosités, pendant plusieurs semaines, après quoi ils s'affaissent, et le ventre continue d'être petit jusqu'à ce que l'utérus s'élève au-dessus du bassin. Comme une augmentation du volume du ventre joint à plusieurs des autres symptômes de la grossesse peut provenir d'une suppression des règles, l'on ne peut, d'après ces signes, déclarer positivement qu'une femme soit enceinte. Le développement du ventre est d'abord accompagné de tension et de malaise vers l'ombilic, qui proémine davantage vers le sixième mois, mais il peut rester affaissé plus long-temps.

Quand les femmes ont quelques doutes sur leur état, elles attendent ordinairement le milieu de leur grossesse comme une époque où elles peuvent constater leur position, car vers la fin du quatrième mois, ou un peu plus tôt ou plus tard, suivant les différentes femmes l'utérus s'élève au-dessus du bassin, et le mouvement de l'enfant se fait sentir pour la première fois; l'on dit alors qu'il remue, et parfois quelques gouttes de sang s'échappent, vers cette époque, de l'utérus. Quelques femmes sentent remuer vers la fin du troisième mois; d'autres, pas avant le cinqième, ce qui peut dépendre de la capacité du bassin, du développement de la matrice et de la quantité de liquide qu'elle contient. Le mouvement se fait sentir pour la première fois dans l'hypogastre, et il est faible et peu distinct, mais, par degrés, il devient plus fort. Il peut se faire qu'une femme prenne les effets d'un gaz pour le mouvement d'un enfant, surtout si elle n'a jamais porté d'enfant et qu'elle en désire ardemment; mais la sensation produite par des gaz dans les intestins, n'est pas limitée à une seule place, et très-souvent elle est rapportée à une partie de l'abdomen où il est impossible que l'on sente l'enfant remuer. Il faut toutefois reconnaître que quelquefois une sensation paraît être produite à une certaine distance de l'utérus, et plus haut que l'enfant n'est réellement placé. Celle-ci peut provenir du mouvement de l'enfant qui est communiqué à travers les replis de l'intestin, et le résultat montre que la femme ne s'était point trompée dans ses sensations. On ne doit pas supposer que l'enfant n'existe point avant la période où il remue, quoique le Code criminel soit absurdement basé sur cette idée. L'enfant est vivant dès le premier moment qu'il devient visible, mais les phénomènes de la vie doivent varier beaucoup suivant les différentes périodes. On le sent rarement remuer avant que l'utérus s'élève hors du bassin. Cette sensation vient-elle d'un changement dans les phénomènes de la vie qui se passent à cette époque dans l'enfant lui-même, ou de ce que les forces musculaires deviennent plus grandes, ou bien parce que l'utérus se trouve alors dans une place où il y a plus de sensibilité, et où, par conséquent, le mouvement est mieux apprécié? Toutes ces conditions contribuent probablement à causer la sensation qui devient plus forte à mesure que l'enfant acquiert plus de vigueur et que les proportions relatives de la liqueur amniotique diminuent. Ce mouvement du fœtus ne doit pas du reste être confondu avec la sensation que la mère ressent quelquefois lorsque la matrice s'élève au-dessus du bassin et qui précède le mouvement de l'enfant. Si cette ascension arrive tout-à-coup, la sensation qui l'accompagne est assez forte et la femme éprouve alors des maux de cœur ou s'évanouit; et, chez les constitutions irritables, il peut s'ensuivre une attaque d'hystérie. A partir de cette époque les femmes s'attendent à sentir dans la suite remuer leur enfant. Ce mouvement, chez un grand nombre augmente bientôt et devient très-fort; chez d'autres il est faible pendant toute la durée de la grossesse; et dans quelques cas à peine la femme a-t-elle perçu quelque mouvement quoique l'enfant, lors de la naissance, fût gros et bien vivant. Le mal de cœur qui survient le matin, et un grand

nombre d'effets sympatiques, se calment généralement après cette sensation et la santé s'améliore pendant le reste de la grossesse.

Un grand nombre de femmes supposent qu'en examinant le sang tiré des veines on peut reconnaître leur grossesse. Bientôt après la conception, le sang, dans la plupart des cas, quoique cela n'arrive pas inévitablement, devient plus épais. Il diffère toutefois de celui d'une personne atteinte d'inflammation. Dans ce dernier cas la surface du caillot est dense, ferme, d'une couleur chamois, et plus ou moins déprimée au centre; mais dans la grossesse la surface n'est pas déprimée, le coagulum est d'une texture plus molle, d'un aspect jaunâtre et plus huileux. Il n'est pas possible du reste de déterminer positivement si une femme est enceinte, d'après l'examen du sang, car elle peut avoir quelque maladie locale qui donne au sang un aspect vraiment inflammatoire; et, d'un autre côté, il est possible que la suppression des règles, accompagnée d'un état fébrile, donne au sang l'aspect qu'il a dans la grossesse. On a dit que les qualités chimiques étaient changées. — L'urine, si on la laisse reposer pendant un jour, dépose généralement un sédiment caséeux, que l'on découvre facilement si le liquide n'est point d'une couleur foncée, ni trouble; elle fournit en outre d'autres précipités. L'examen de l'utérus lui-même est un mode plus certain de constater la grossesse. Vers le second mois de la gestation on peut sentir la matrice qui fait saillie plus bas dans le vagin qu'auparavant; son orifice n'est pas dirigé aussi en avant que devant la conception, le col au toucher est plus épais, ou bien sa circonférence est plus grande. On a affirmé que l'orifice utérin est fermé au point de n'admettre le doigt pas même aussi loin que dans l'état de non gestation. Le col est sans doute fermé par une gelée, mais il n'y a pas de diminution dans la fente intérieure ou dans l'ouverture qui se trouve entre les deux lèvres, à une étendue telle que nous puissions former un jugement, l'ouverture est quelquefois un peu plus circulaire. Lorsqu'on soulève la matrice avec le doigt, on la trouve plus pesante et plus résistante; quelques médecins ont conseillé de pousser l'orifice utérin en haut et en avant, de manière à occasionner une rétroversion de la matrice, afin que son corps pût être senti, mais cela n'est point utile. L'examen à cette époque est incertain parce que l'utérus d'une femme diffère naturellement en grosseur de celui d'une autre; mais au troisième mois on peut arriver à une conclusion plus sûre, car l'on sent la matrice plus lourde, au point qu'on peut la balancer sur le doigt, et, dans ce mouvement, l'on sent quelque chose qui flotte au dedans de l'utérus. Au commencement du cinquième mois on la trouve plus haute que dans l'état de non gestation, on peut percevoir une sorte de fluctuation, et, en plaçant la main sur la partie inférieure du ventre de manière à presser sur le fond de la matrice, elle apportera plus de résistance au doigt appliqué par le vagin, ce qui pourra en quelque sorte la faire rouler. Après que l'enfant a remué, si nous portons légèrement le doigt sur le col utérin, l'on peut faire retomber l'enfant de manière à le sentir. Vers cette époque, et encore plus distinctement dans la suite, l'on peut, si les muscles abdominaux sont relâchés, sentir l'utérus s'étendre à partir de la symphyse du pubis, et à mesure que la grossesse s'avance on peut plus aisément distinguer les membres de l'enfant et percevoir ses bonds ou ses mouvements. L'examen par le vagin nous donne connaissance des changements qui s'opèrent dans le col et dans l'orifice de l'utérus, et qui ont été notés dans un chapitre précédent.

Il est facile de prendre pour une grossesse, une simple suppression de règles, et il n'est pas aisé pendant quelque temps d'en faire la distinction; mais le doute est bientôt éclairci par l'état de la matrice et l'absence du mouvement de l'enfant à l'époque convenable. Dans la grossesse l'utérus descend de bonne heure en quelque sorte dans le bassin, et sa pesanteur ainsi que son volume ordinaire sont augmentés, tandis que l'orifice et le col subissent vers le troisième mois quelques altérations. Un simple ballonnement des intestins, accompagné d'une suppression de règles, ne peut induire en erreur si l'on fait attention à l'état de l'utérus, et si, à une époque avancée, l'on trouve le bas ventre mou ou distendu par des gaz. — Souvent un ovaire malade fait supposer à une femme qu'elle est enceinte quand bien même elle aurait une preuve contraire du côté de la menstruation, car l'abdomen est large et l'on sent l'ovaire s'élever à travers les parois, quelquefois même comme

l'utérus ou comme une partie proéminente de l'enfant. La tumeur est soulevée par l'aorte au point d'occasionner quelquefois un sentiment de pulsation que l'on prend pour le mouvement de l'enfant ; par le vagin l'on sent l'utérus plus haut ou plus bas que de coutume si l'ovaire agit sur lui. Cependant on ne peut sentir ni l'enfant ni le moindre développement de la partie inférieure de la matrice, tandis qu'à l'extérieur on peut distinguer la tumeur arrondie et circonscrite que forme l'ovaire. — On s'est servi du stéthoscope pour s'assurer de l'existence de la grossesse et de la vie de l'enfant (1). Si, après que l'utérus s'est élevé au-dessus du bassin, il est appliqué sur la région qu'occupe la matrice on perçoit un murmure particulier, un bruit de soufflet, isochrone au pouls de la mère. Quelques-uns l'ont attribué à la circulation dans le placenta et l'ont nommé bruit placentaire; d'autres à la circulation utéro-placentaire, ou bien à celle de l'utérus lui-même, ou bien au cours du sang dans l'aorte ou dans les artères iliaques. On a obtenu ce son non-seulement après l'expulsion du placenta, mais quand l'utérus a été distendu par une tumeur.

Un autre son, le bruit du cœur, ou celui du cœur du fœtus, se fait entendre vers la fin du cinquième mois et plus distinctement dans la suite. Différent de l'autre, on ne le perçoit pas toujours à la même place, mais il varie suivant la position de l'enfant. Les pulsations sont au nombre de 120 et quelquefois de 140 par minute; et quand l'occasion s'est présentée d'explorer le cordon avant que le travail ne commençât, on a trouvé que la pulsation était la même. Mais dans un grand nombre de cas, on trouve que les pulsations du cordon ne dépassent pas 60 par minute, et peut-être même elles n'atteignent pas ce chiffre. On doit regarder cette différence comme dépendant du changement que le travail produit sur l'enfant, car la pulsation est plus lente pendant une douleur et puis elle peut s'accélérer, surtout s'il y a une grande quantité de liqueur amniotique de conservée, ou si l'enfant remue. Lorsque l'enfant est presque mort l'on trouve un pouls très-haut jusqu'à ce que la respiration soit établie.

(1) Voir un mémoire par le docteur Kennedy in Dublin Hosp. report. 231, et les ouvrages de Hamilton, Montgomerie, Velpeau, etc. — Magendie prétend que le son est produit par l'impulsion sur le thorax.

CHAPITRE XX.

DES MALADIES DES FEMMES ENCEINTES.

SECTION Ire. — *Effets généraux.*

La grossesse produit un effet sur le système général, marqué souvent par un degré de fièvre et toujours par une altération dans l'état du sang. Cet état est la conséquence d'une nouvelle action locale d'après le même principe que lorsqu'un organe est enflammé. Il paraîtrait aussi y avoir une tendance à la formation d'une plus grande quantité de sang qu'auparavant, et le système nerveux devient souvent plus irritable et plus sensible. L'utérus aussi, dans l'état de gestation, agit sympathiquement sur les autres organes ou viscères, et sur quelque-uns, mécaniquement par son volume et par son poids.

Il est tellement prouvé que l'effet irritant ou les altérations produites dans l'état des extrémités des nerfs abdominaux, réagissent sur le sensorium commune et sur tout le système nerveux, aussi bien que sur le système artériel, qu'il n'est pas nécessaire d'entrer ici dans des détails sur ce sujet. Il est du reste bien important que cela soit gravé dans notre esprit, quoique nous ne puissions pas expliquer, encore moins décrire en détail un grand nombre de faits d'une importance pratique. L'origine et la distribution du nerf vague et des nerfs sympathiques pourraient conduire à l'explication de sympathies très-importantes et très-compliquées. L'affection passagère de certaines portions du canal intestinal, produit de la douleur dans un œil ou sur un côté de la tête. Lorsqu'une autre portion, ou peut-être bien la même portion d'intestin est lésée, mais à un degré différent, le côté opposé souffre, ou bien tout le front est douloureux, ou bien la partie supérieure de la moelle épinière sympathise et il se produit alors une nouvelle série de symptômes plus caractérisés, tels que la toux, la suffocation, l'immobilité ou les spasmes. Une autre maladie des intestins donne naissance aux mouve-

ments convulsifs des muscles, tandis qu'une autre irritation, surtout celle des petits intestins, occasionne quelquefois de l'assoupissement ou un sentiment de pesanteur et de trouble à la tête, et même une insensibilité ou une paralysie momentanée, ce qui donne lieu à quelques variétés d'apoplexie et de paralysie qui dépendent originairement d'une affection des intestins; de là les douloureux, et dans beaucoup de cas les fâcheux effets produits par des doses trop faibles de laxatifs, qui irritent partiellement, sans exciter vigoureusement à la fois, ou dans une succession rapide toute la longueur des intestins; de là le danger d'employer certaines eaux minérales dans les affections céphaliques, surtout si elles ne sont pas aidées par l'excrcice ou par l'addition d'un laxatif qui produise une forte excitation; de là l'origine de la migraine et d'un grand nombre d'affections hystériques et extraordinaires, de la chorée et des troubles dans le système de la circulation; de là ce fait très-précieux, mais trop souvent négligé, savoir; qu'un grand nombre d'irritations provenant évidemment des intestins ou d'un état maladif des nerfs abdominaux, sont, d'après cette influence sur le système vasculaire, calmées plus vite, si l'on a recours à la saignée avant d'agir sur le siége primitif de la maladie, que par des purgatifs qui seraient trop lents dans leur opération. L'utérus peut directement agir sur l'économie, en y produisant une grande irritation et beaucoup de troubles, comme l'estomac et le foie peuvent agir de même; mais je mets en question savoir, si ces différents organes ne produisent pas plus souvent des désordres sympathiques par l'intermédiaire des intestins. Même dans un grand nombre de cas de dyspepsie, peut-être dans le plus grand nombre, qui ne dépendent pas d'une maladie organique, la douleur est rapportée aux intestins; une augmentation de sécrétion dans la bile, de l'acidité dans l'estomac, des maux de cœur et des migraines dépendent plutôt de l'état maladif des intestins que des troubles primitifs de l'estomac; de là les malades atteintes de dyspepsies sont certaines de souffrir, si elles prennent une grande quantité de liquide ou de soupes, ou bien des boissons acides, ou des aliments qui passent aisément par l'estomac, et qui sont doués d'une qualité légèrement laxative, car par là les intestins sont excités à un degré douloureux, mais non suffisant; ils sont irrités et non provoqués à agir efficacement. Un régime trop léger est, dans ces cas, aussi mauvais que les aliments lourds et indigestes, et la meilleure nourriture est celle qui ne subit pas trop vite les changements qui s'opèrent en elle dans l'estomac, qui ne résiste pas trop long-temps, et qui ne passe pas rapidement à la fermentation acéteuse. Chaque malade doit, à un certain degré, régler sa nourriture d'après l'expérience. Mais quand il surviendra une attaque aiguë, il lui faudra une médecine qui puisse provoquer rapidement et fortement l'action intestinale, sans occasionner un mal de cœur qui dure long-temps, ou sans être suivie d'une faiblesse dans le canal alimentaire. Des effets puissants et variés sont souvent produits par l'utérus dans l'état de grossesse; on peut les diviser en ceux qui naissent de la sympathie existant entre l'utérus et les autres viscères abdominaux et qui sont limités à ces organes, et en ceux qui apparaissent dans des parties plus éloignées, étant produits par une sympathie directe avec l'utérus, ou indirectement par l'intermédiaire des intestins qui sont affectés, et en ceux qui proviennent simplement d'une pression mécanique.

Quand on considère le rapport intime qui existe entre l'utérus et les autres viscères abdominaux, au moyen des nerfs sympathiques et spinaux, et de cette sympathie plus mystérieuse qui existe entre un organe et un autre, qui ne peut être expliquée par un simple rapport nerveux, on ne doit point s'étonner des effets puissants que produit souvent la grossesse sur les différents organes de la digestion, particulièrement sur l'estomac ou le duodénum. On les a généralement appelés effets dyspeptiques; mais une foule de symptômes d'un caractère très-opposé ont été confondus sous le nom de dyspepsie ou de mauvaise digestion. Ce n'est pas mon intention d'entrer plus avant dans ce sujet, seulement j'observerai que rien n'est plus frivole que la doctrine qui maintient qu'une imperfection ou un trouble dans l'action d'une fonction indique nécessairement un état de faiblesse, et encore moins de torpeur dans l'organe malade; il peut y avoir un trouble de fonction provenant de simple faiblesse, mais il ne dure pas long-temps, et dans un plus grand nombre de cas le dérangement, dès le premier abord, est lié à un état soit d'irritation ou d'excitation, s'il n'en dépend pas immédiatement.

Sans discuter la série des sympathies qui peuvent conduire à la production de symptômes particuliers, et encore moins sans rechercher les causes et les variétés de la dyspepsie, je désirerais sous ce point de vue faire voir le soulagement que l'emploi de la saignée et d'un régime doux plutôt que stimulant procure dans les affections de l'estomac, ainsi que dans les autres troubles qui accompagnent la grossesse.

Les effets de la grossesse varient beaucoup pour le degré, la nature et la combinaison des symptômes, selon la constitution de la femme, et suivant l'irritabilité et la sensibilité naturelle ou acquise des différents organes. Dans quelques cas, il se produit un changement très-salutaire sur tout le système, de sorte que la personne jouit pendant la grossesse d'une meilleure santé qu'à toute autre époque. Mais dans le plus grand nombre il survient des symptômes fatigants et désagréables que l'on appelle les maladies de la grossesse, et qui chez quelques femmes sont portés au point non-seulement de les priver de tout plaisir et de tout bien-être, mais encore d'inspirer d'assez vives craintes pour leur santé.—Comme ces symptômes proviennent de l'état de l'utérus, il s'ensuit que lorsqu'ils existent à un degré modéré, ils n'admettent ni ne requièrent aucune tentative pour les guérir, car pour les enlever il faudrait arrêter l'action de la grossesse qui en est la cause. Mais quand quelques-uns des effets sont poussés trop loin, alors nous devons intervenir, et nous pouvons les pallier, sans toutefois les enlever. On arrive à ce but en diminuant la pléthore ou l'irritation locale, ou l'excitation produite sur l'origine des nerfs par la saignée, si elle est nécessaire, et en calmant l'augmentation d'irritabilité survenue dans l'économie, par l'usage régulier de laxatifs qui ôtent cet état particulier des intestins, si sujet à causer une irritation nerveuse. Si ces moyens ne réussissent pas entièrement, le julep camphré et le muse sont des médicaments utiles (1). Outre cette méthode générale, il faut diminuer l'état fébrile du système, lorsqu'il existe, par une nourriture réglée et les remèdes convenables. Les symptômes particuliers seront traités d'après les principes généraux.

Il y a une grande variété dans les effets de la grossesse ainsi que dans l'époque où ils se manifestent; car tandis que quelques femmes commencent à souffrir de très-bonne heure de l'irritation de la matrice, et se trouvent beaucoup soulagées lorsque l'enfant remue, d'autres éprouvent peu de troubles jusqu'à la fin de la grossesse ou jusqu'au sixième mois, où la matrice est largement développée, et où les viscères abdominaux sont dérangés.

Dans la partie alimentaire du traitement il faut se rappeler de ne pas conseiller une nourriture qui remplisse les vaisseaux d'une trop grande quantité de liquide, ou qui cause du dérangement dans les organes de la digestion. On évitera les boissons trop abondantes, même les plus douces, et les aliments ne seront ni trop riches, ni trop acides; toutefois dans notre prescription il faudra faire attention à l'état de la malade, et aux dangers que font craindre d'un côté la pléthore et de l'autre la faiblesse. Tous les fruits qui conviennent à la malade pourront être permis; il en sera de même des légumes houillis, mais lorsque ceux-ci occasionnent des acides ou des flatuosités, il faudra que la femme s'en abstienne. Il est très important de maintenir les intestins dans un état naturel et actif. On réglera l'exercice à prendre d'après les chances problables d'avortement.

SECTION II. — *Etat fébrile.*

Dans beaucoup de cas le pouls s'accélère un peu bientôt après la conception, et la chaleur de la peau est en même temps un peu augmentée, surtout le soir. Dans les derniers mois de la grossesse les symptômes fébriles sont dans quelques cas très-fatigants, le pouls est constamment fréquent; mais le soir il est plus accéléré, tandis que la peau devient chaude et la

(1) Petit et ceux qui vinrent après lui ont pensé que l'opium était nuisible pendant la grossesse. Il n'y a pas de doute qu'en général il ne le soit lorsqu'on le donne fréquemment. Il est pernicieux par ses effets, tant sur l'estomac et les intestins que sur tout le système. Dans de violents spasmes ou dans une grande irritation, il peut être nécessaire, mais il ne faut jamais le répéter souvent, vu qu'à la fin il augmente l'irritabilité et détériore les intestins, comme il le ferait dans la chorée.

femme agitée. Elle ne peut dormir, mais elle remue sans cesse jusqu'au point du jour où elle prend un court sommeil qui la rafraîchit à peine, souvent accompagné d'une transpiration partielle. Le matin on trouve les symptômes fébriles calmés, mais l'après-midi ils reviennent, et la nuit suivante se passe aussi mal que la précédente. — Cet état s'accompagne en outre de maigreur, et les traits deviennent plus saillants que dans la grossesse ordinaire; mais il est étonnant de voir comme les forces se maintiennent en dépit de l'insomnie et du malaise que cause cette maladie, car elle se joint quelquefois à une chaleur insupportable vers les parties de la génération. Sans entrer dans la théorie de la fièvre, je remarquerai seulement que l'existence de cet état doit se lier intimement à une excitation des parties du système nerveux qui influe principalement sur l'action du cœur, et sur la distribution de la chaleur animale.

Dans les moindres degrés de cet état fébrile, tout ce qu'il faut faire, c'est de tenir exactement le ventre libre, de tirer un peu de sang afin de diminuer l'excitation du système nerveux; mais lorsque la saignée devient nécessaire vers les derniers mois de la grossesse on est obligé de retirer du sang plus souvent, mais non en grande quantité chaque fois, et sans jamais perdre de vue la constitution de la malade. Le julep est très-utile en produisant une légère transpiration, car des sueurs abondantes ne sont ni nécessaires ni utiles. On peut donner le julep soit en doses répétées pendant le jour, ou simplement en une ou deux doses, le matin ou dans une partie avancée de la nuit, selon les circonstances. Les intestins seront tenus libres par un doux laxatif, tel que les pilules aloétiques, la rhubarbe ou la magnésie. L'acide sulfurique est un bon médicament à l'intérieur. On remédie le mieux à l'insomnie en faisant couvrir très-peu la malade, et quelquefois elle obtient un grand soulagement en trempant ses mains dans de l'eau ou en saisissant une éponge mouillée. Les opiacés réussissent rarement, et ne doivent point être poussés trop loin, vu qu'ils occasionnent plus de malaise à la femme, et que l'on suppose même qu'ils sont nuisibles à l'enfant. Au reste, si dans quelque cas grave une dose modérée d'opium ou de jusquiame ne procure pas un sommeil réparateur, il ne faut pas attendre plus de succès d'une quantité plus grande; souvent rien n'améliore la condition de la malade qui persiste jusqu'à ce que la femme soit accouchée. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il ne faut pas confondre cet état, que l'on peut appeler fièvre de grossesse, avec celui qui naît d'une maladie locale, comme celle des poumons ou du foie. Il y a une espèce de fièvre qui peut affecter les femmes vers le milieu de leur grossesse, et qui arrive subitement comme le paroxysme régulier d'une douleur; elle prend bientôt la forme d'une fièvre hectique et se combine avec des symptômes hystériques. La tête est d'abord douloureuse, ou bien la malade se plaint de beaucoup de bruit à l'intérieur du crâne; elle dort peu, elle éprouve un dégoût pour la nourriture, sa langue est sèche et chargée, il y a une soif considérable, tandis que les intestins sont constipés; quelquefois la personne parle sans aucune liaison dans les idées, ou bien elle gémit beaucoup pendant son sommeil, et elle fait des rêves affreux. Quelquefois il survient une toux ou des vomissements pénibles. Cette maladie est très-tenace et se termine souvent par l'avortement; après quoi, si la malade ne succombe pas rapidement sous les effets du mal, elle commence à revenir; mais elle reste long-temps dans un état chlorotique qui, s'il n'est pas enlevé, peut se terminer par la phthisie. Cette maladie paraît naître des intestins et a une grande analogie avec la fièvre rémittente des enfants; elle est ordinairement précédée de constipation et quelquefois elle paraît être provoquée par des irrégularités dans la nourriture. L'on doit, dans la première attaque d'accès froid, la combattre par des tisanes chaudes, avec le julep salin. Si le moment opportun ne se présente plus ou si les moyens manquent, il faut diminuer l'irritation en retirant un peu de sang, tenir le ventre libre, prévenir dans la suite toute accumulation de fèces et pallier tous les symptômes. Si la langue est de bonne heure chargée et si la malade éprouve des maux de cœur, des nausées, un très-léger émétique, comme une petite tasse de thé de camomille, qui puisse opérer tout-à-coup, et avec facilité, réussira dans le début. On soutiendra les forces dans un état de convalescence; un doux exercice et un air pur seront utiles, mais il faudra éviter toute espèce de fatigues.

SECTION III. — *Vomissements.*

Le vomissement est un effet très-com-

mun de la grossesse, et quelquefois il commence presque immédiatement après la conception ; généralement il a lieu le matin, immédiatement après le lever ; de là il a été appelé le mal de cœur du matin : mais dans quelques cas il ne se montre que dans l'après-midi. Il persiste ordinairement jusqu'à l'époque où la femme sent remuer, après quoi il diminue ou il disparaît, mais quelquefois il reste pendant toute la durée de la grossesse. Quelques femmes ne vomissent pas, et elles ont très-peu ou point de maux de cœur ; d'autres commencent après le quatrième mois à sentir une irritation vers l'estomac et vers les autres viscères ; et quelques-unes n'éprouvent aucun trouble que vers la fin de leur grossesse, où la distension de la matrice affecte l'estomac. Le liquide que rendent les femmes est généralement glaireux ou pituiteux et la bouche avant le vomissement se remplit d'eau ; mais si les vomissements sont considérables ou fréquents, il sort un liquide bilieux. Généralement il n'y a pas lieu de prescrire quelques remèdes ; Puzos et les autres accoucheurs considèrent même le vomissement comme chose salutaire ; mais dans quelques cas il est poussé trop loin, revenant chaque fois que la femme mange ou quelquefois lorsqu'elle s'abstient de manger, et il dure des jours ou même des semaines entières avec tant de ténacité, que la femme court le risque de faire une fausse couche ou de souffrir du manque de nourriture. Quoique les émétiques puissent causer l'avortement, cependant ces vomissements sympathiques l'occasionnent rarement ; à moins qu'ils ne soient long-temps prolongés ; dans ce cas l'avortement a lieu, et fort heureusement, car autrement la femme mourrait épuisée. Je n'ai jamais vu, toutefois, le vomissement dépendant simplement de la grossesse avoir une terminaison mortelle. Dans quelques cas, le vomissement cesse lorsque l'œuf périt ; dans d'autres, il ne cesse que lorsque le produit de la conception est entièrement expulsé. C'est une règle générale dans les cas graves, de tirer une petite quantité de sang proportionnée à la vigueur et à la pléthore de la constitution et à l'état du pouls. Le témoignage général des accoucheurs et mes propres observations me convainquent pleinement de l'utilité de cette pratique ; elle agit en améliorant la condition de l'origine de la huitième paire qui occasionne l'irritabilité de l'estomac, de même qu'elle calmerait le vomissement dans d'autres affections cérébrales plus formidables ; elle agit aussi sur le nerf sympathique dont le plexus cœliaque sympathise avec le plexus utérin. Les substances narcotiques, telles que l'opium, ont été administrées à l'intérieur, soit sans pratique de saignée, soit après, mais toujours sans un avantage permanent, rarement même momentané. Dans quelques cas, l'application d'un linge imbibé de laudanum sur le creux de l'estomac a réussi. Il faut faire la plus grande attention à l'état des intestins, et souvent on retire un très-grand avantage d'une petite dose de sel d'Epsom ou de Cheltenham. La fréquence des vomissements peut aussi être arrêtée considérablement par des boissons gazeuses ou par le *soda-water*, qui, s'il n'ôte pas le vomissement, le rend du moins beaucoup plus facile ; on a même employé avec avantage l'eau froide. Une légère infusion amère, comme celle de camomille, ou la limonade, sont quelquefois utiles. Un vomissement opiniâtre, surtout s'il est accompagné de douleur ou de tension dans la région épigastrique, peut-être soulagé par l'application de sangsues sur cette partie ; j'en ai souvent tiré un si bon parti dans les vomissements pénibles, que je conseille fortement ce moyen. Si tout cela ne réussit point à procurer un prompt soulagement, il est nécessaire que la malade s'abstienne pour un temps de manger, et qu'elle ait recours à des lavements nourrissants, ou qu'elle ne prenne qu'une cuillerée de lait, de bouillon, etc., à la fois ; quelquefois une espèce d'aliments est gardée tandis que l'autre est rejetée. Quand le vomissement est bilieux et accompagné de douleurs dans le côté droit et à l'épaule, de toux et des autres symptômes de l'hépatite, il faut tirer du sang, si les symptômes sont aigus ; sinon, un petit cautère sera appliqué sur le côté, et on prescrira un léger traitement mercuriel, toutefois avec circonspection ; car si le médicament est donné largement, il cause beaucoup de faiblesse ou l'avortement, et quelquefois il accélère la mort de la malade. Dans le vomissement très-opiniâtre, on a proposé d'avancer le travail afin de sauver la malade. Je connais un cas où cela fut pratiqué deux fois. Dans la grossesse suivante la femme mourut, et l'on trouva un calcul biliaire enchâtonné dans le conduit de la vésicule. Quand le vomissement est

pénible, surtout à la fin de la grossesse, il est convenable de tirer du sang et de confiner la malade au lit. On appliquera au creux de l'estomac des linges imbibés de laudanum, et on prescrira à l'intérieur un grain d'opium ; mais si cela ne réussit pas, il ne faut pas augmenter ni répéter les doses. On emploiera aussi les doux laxatifs.

Le vomissement peut aussi provenir d'un état de l'estomac voisin de l'inflammation ; dans ce cas il est opiniâtre et la malade ne peut garder rien long-temps. Les matières rendues sont verdâtres ou noirâtres, suivant l'étendue et la durée de la maladie ; il y a de la sensibilité à l'épigastre avec une grande dépression dans les forces. La première maladie, l'hépatite, était dangereuse, mais celle-ci l'est encore bien plus. Le traitement consiste en application de sangsues suivie de vésicatoires à la région de l'estomac, en opiacés avec des aliments légers pris en petite quantité, et des lavements nourrissants; à moins que nous ayons attaqué la maladie assez à temps pour employer la saignée, elle n'est que trop souvent mortelle. — Les vomissements opiniâtres ont paru procéder d'un état maladif de l'utérus, qu'on a trouvé après la mort légèrement enflammé, on a même vu du pus entre la surface de la matrice et les membranes, quoique pendant la vie la femme ne ressentît aucune douleur dans la région utérine ; les parois sont mous, l'utérus flasque, et il y a en quelques endroits une exsudation fibrineuse entre la matrice et les membranes caduques ; l'estomac est à l'état sain, et rarement il a causé de la douleur. M. Gance rapporte deux cas dans lesquels le vomissement commença avec la grossesse et devint mortel à trois ou trois mois et demi (1). — Ceci réclame un examen minutieux dans le vomissement prolongé, et montre aussi que dans les cas douteux un traitement calmant et doux, qui désemplit les vaisseaux, est préférable à une médication stimulante. L'on doit traiter la dyspnée comme de coutume, par de doux laxatifs amers, associés au soda-water ou aux pilules bleues. On appliquera, s'il est nécessaire, un petit vésicatoire à l'épigastre. Les aliments solides seront préférés aux liquides.

(1) Archives générales, juin 1827.

SECTION IV. — *Aigreurs d'estomac.*

Les aigreurs d'estomac se font sentir souvent de bonne heure après la conception, mais quelquefois ce n'est qu'après le quatrième mois. C'est une maladie si commune et si bien calmée par les absorbants, tels que la magnésie, le soda-water ou la chaux, que rarement nous sommes consultés à ce sujet ; mais quand elle devient opiniâtre et intraitable, alors il est nécessaire d'essayer les plus puissants de ces médicaments, tels que la magnésie calcinée, combinée avec de l'ammoniaque pure. Quand ces moyens manquent, la solution de potasse, ou un mélange de chaux et d'une grande proportion de mucilage, peuvent apporter du soulagement. Les laxatifs sont toujours indispensables ; dans certains cas la saignée est utile. Le docteur Denman a proposé les émétiques ; ils ne sont convenables que lorsqu'il y a une sécrétion continuelle de pituite désagréable. Dans tous les cas graves, le plus grand soin devra être apporté au régime ; une sensation de chaleur ou de brûlure dépend quelquefois d'un simple trouble dans les nerfs du sentiment ; elle n'est point calmée par les anti-acides, et il n'y a point de preuve qu'il y ait un acide ; elle est plus durable et plus tenace que les aigreurs d'estomac qui proviennent des acides, elle est plutôt combattue par l'opium en doses modérées, par les purgatifs et l'application d'un vésicatoire à la nuque ou entre les épaules. Il ne faut pas confondre ces affections avec une inflammation chronique de la tunique muqueuse de l'estomac et de l'œsophage, dans laquelle des aphthes finissent par se montrer dans le gosier. La pratique consiste en application de sangsues au creux de l'estomac, suivie d'un petit vésicatoire, de doux laxatifs de mucilages, et quelquefois de petites doses de pilules cuivrées. — Le pyrosis doit être traité surtout par des laxatifs, tels que les pilules aloétiques avec l'extrait de coloquinte, quelques légers amers ou la rhubarbe et la magnésie ; à défaut de ces moyens, les anti-spasmodiques ou l'opium peuvent être utiles, ainsi que des frictions sur la région cervicale avec un baume anodin, ou l'application de sangsues à la nuque ; car la maladie dépend souvent d'une affection compliquée de la huitième et de la cinquième paire.

SECTION V. — *Dépravation du goût.*

Les femmes, pendant leur grossesse, sont sujettes à un grand nombre de bizarreries dans leur appétit, et souvent même elles ont envie de manger des choses qu'elles n'aimaient pas autrefois; ces envies sont communes dans les cas d'irritation abdominale, comme nous le voyons chez ceux qui sont attaqués par les vers ou qui ont des matières indurées ou morbides dans les intestins. On a cru qu'il était dangereux de ne point satisfaire ces envies; car on a supposé qu'elles dépendaient de quelque état particulier de l'enfant qui affectait la mère, et l'on s'est imaginé que, si elles n'étaient point satisfaites, l'enfant en souffrirait, ou même porterait la marque de la chose enviée. Il n'est pas nécessaire d'entrer dans ces systèmes; il suffira d'ajouter que lorsque l'envie aura pour but un aliment quelconque, elle pourra être satisfaite, et en général elle conduit à quelque nourriture légère et rafraîchissante.

SECTION VI. — *Spasmes de l'estomac et du duodénum.*

Les spasmes de l'estomac ou du duodenum peuvent souvent être attribués à quelque écart de régime ou à l'action du froid, ou à l'influence de l'esprit. Il est nécessaire d'intervenir promptement, non-seulement parce que la douleur est grande, mais aussi parce qu'elle peut causer l'avortement ou tuer l'enfant. Une forte dose de laudanum et d'éther, suivie immédiatement d'un lavement salé, réussit presque toujours; mais quand les attaques se renouvellent, alors il faut s'efforcer de les prévenir par des toniques, tels que la racine de colombo, l'oxide de bismuth, ou par les préparations ferrugineuses. Il est en même temps essentiel que les intestins soient tenus libres, et pour remplir ce but, on se sert avec avantage de la combinaison d'assa-fœtida avec l'aloès et la coloquinte. La saignée est utile si la maladie se prolonge. — Quand le spasme de l'estomac survient à la fin de la grossesse, ou au commencement du travail, avec un sentiment de pesanteur et de malaise dans la tête, il est nécessaire de tirer du sang, de peur que la malade ne soit prise de convulsions, auxquelles elle est exposée, surtout s'il y a un endroit de l'épine qui soit sensible à la pression. Si cela est, on y appliquera un vésicatoire : la saignée convient également lorsque la douleur est accompagnée de sensibilité vers la région épigastrique, de chaleur à la peau, d'un pouls plein et d'un teint animé. Lorsque la douleur provient du passage d'un calcul biliaire, il faut la traiter d'après les moyens usités.

SECTION VII. — *De la constipation.*

La constipation accompagne généralement la grossesse, eu égard en partie à la pression exercée par l'utérus sur le rectum, et en partie à l'augmentation d'activité dans la matrice, ce qui ralentit le mouvement des intestins. Il ne faut pas cependant négliger cet état, à cause qu'il accompagne généralement la grossesse, car il peut occasionner une foule de maladies graves. Il augmente certainement l'irritabilité du système, comme le font quelques douleurs de l'estomac, et il est sujet à causer une irritation des intestins, qui peut provoquer un travail prématuré ou occasionner beaucoup de gêne après la délivrance, ou même produire des convulsions pendant le travail. En considérant les effets de la constipation, non-seulement dans la grossesse, mais dans d'autres circonstances, il sera bon de suivre l'effet qu'elle produit sur le rectum seul, indépendamment des autres, et de se rappeler les branches des ganglions sympathiques et des nerfs sacrés, qui se distribuent à cet organe, ainsi que l'influence éloignée qu'ils peuvent exercer.

La magnésie est un remède très-ordinaire, parce qu'elle ôte en même temps les aigreurs; mais à son défaut, ou lorsqu'elle n'est pas requise pour ôter l'acidité de l'estomac, on peut employer les pilules ordinaires d'aloès, l'extrait composé de coloquinte, les pilules composées de rhubarbe, ou une pilule composée de parties égales d'extrait d'aloès préparé avec soin, et d'extrait de réglisse avec ou sans un peu d'huile de cannelle ou de casse. On donne aussi l'huile de ricin seule, ou avec une émulsion faite avec un mucilage : si le matin on administre régulièrement un lavement d'eau chaude, on diminuera la dose de la médecine. Il se composera au moins d'une pinte de liquide, et la malade ne le gardera pas plus de cinq minutes, vu qu'il agit d'après un principe différent du lavement salé. Le libre cours du rectum a un effet très-salutaire sur l'économie, et

ne doit point être négligé, quand bien même la partie supérieure du canal alimentaire ferait ses fonctions. — Il arrive quelquefois que des matières fécales endurcies s'accumulent dans le rectum ou dans le colon, et produisent une irritation considérable, même sur toute l'économie. Elles causent non-seulement de la douleur dans les intestins, mais aussi une plus forte sécrétion de mucosités intestinales, qui passent seules ou mélangées de sang et de portions de matières fécales durcies. Cet état, comme la dysenterie, s'accompagne souvent d'un grand ténesme, mais on le reconnaît facilement en examinant par le vagin, car on trouve le rectum rempli de fèces ; quelquefois il y a un diverticulum de formé, ou bien il se fait une pression considérable au sommet du vagin. Notre premier soin doit être d'ôter la cause irritante, qui à la fin pourrait produire l'avortement. Les lavements sont d'une grande efficacité, parce qu'ils ramollissent les matières fécales, et aident à débarrasser la partie d'intestin qui est la plus distendue, ils doivent être d'abord très-doux, et répétés souvent; il peut même être nécessaire de retirer la masse des fèces avec le manche d'une cuiller ou d'une spatule; après qu'on aura vidé le rectum, on pourra donner des laxatifs, tels que l'huile de ricin, pour faire évacuer le colon, et quand les matières fécales seront descendues dans le rectum, il faudra de nouveau employer les lavements. Après que les intestins ont été évacués, on devra prescrire de la jusquiame pour calmer l'irritation, ou si elle n'est pas suffisante, et si la douleur et la sécrétion muqueuse avec ténesme continuaient, il faudrait administrer un lavement opiacé; mais le lendemain il faudrait le faire suivre d'un doux purgatif. S'il y avait de la fièvre ou une douleur considérable dans l'abdomen, la saignée serait nécessaire; si cet état de constipation est négligé lorsque le temps du travail approche, l'accouchement est souvent prolongé, et après la délivrance, des masses de matières fécales endurcies, descendent du colon, et leur passage est accompagné d'une vive douleur, d'une fréquence dans le pouls, ou quelquefois d'une péritonite mortelle. Quand il y a beaucoup d'irritation, avec sensibilité à la pression sur l'abdomen, avant ou après l'accouchement, il sera bon de tirer du sang, en même temps que l'on emploiera les médicaments déjà mentionnés.

SECTION VIII. — *De la diarrhée.*

Les intestins, au lieu d'être constipés, peuvent être très-relâchés, ou la constipation et la diarrhée peuvent s'alterner. Il y a deux espèces de diarrhées : l'une consiste en une simple augmentation du mouvement péristaltique, avec une plus grande sécrétion séreuse; l'autre en une maladie plus opiniâtre, dépendant d'une lésion dans l'action, sinon dans la texture des intestins. Dans la première espèce, qui semble provenir de la sympathie utérine, les matières rendues ne sont point différentes de celles qui sont expulsées dans l'état naturel ; seulement elles sont plus ténues : l'appétit est assez bon, et la langue claire, ou seulement légèrement blanche. Cette diarrhée ne doit point être arrêtée, à moins qu'elle ne soit poussée à un degré considérable, ou qu'elle ne dure long-temps, ou qu'elle n'affaiblisse la malade qui serait naturellement d'une constitution chétive. Les lavements anodins, ou la conserve de cachou, ou des pilules contenant un demi-grain d'opium, seront utiles dans ce cas. Si le pouls était fréquent, et que l'on sentît quelque degré de chaleur ou de tension dans l'abdomen, il faudrait recourir à la saignée. Dans la seconde espèce, la fonction des organes digestifs est plus lésée, soit directement ou indirectement. La langue est sale et la malade a la bouche mauvaise ou amère, et quelquefois elle vomit des matières amères ou bilieuses ; l'haleine est fétide, et souvent il y a un mal de tête. Les selles ont une odeur très-forte, et généralement elles sont noirâtres. Dans ce cas, la rhubarbe à petites doses cause du soulagement; on pourrait ajouter un grain d'ipécacuanha à chaque dose de rhubarbe. Une légère infusion amère est aussi de quelque utilité. Il faudra surveiller la nourriture, qui devra être légère, et prise en petite quantité à la fois. On tire un grand parti du *soda-water*, qui généralement calme le mal de cœur. Quand la langue devient moins chargée et que les selles sont plus naturelles, on peut administrer des lavements anodins. Dans tous les cas de diarrhée prolongée, il est utile de maintenir la chaleur de la surface avec de la flanelle, et quelquefois une bande de cette étoffe, roulée doucement autour du ventre, apporte un grand soulagement. La diarrhée provenant d'une inflammation chronique ou d'une ulcération de la muqueuse de l'intestin est très-

dangereuse et très-tenace. Elle ressemble à la dysenterie, et rarement elle devient mortelle avant l'accouchement, mais souvent après. Si l'on arrive à temps auprès de la malade, on donnera de doux laxatifs pour ôter toute matière endurcie qui se trouverait dans les intestins. S'il y a beaucoup de douleur, on appliquera des sangsues; ensuite on se servira de lavements anodins ou de pilules d'opium. Les vésicatoires ont été quelquefois utiles.

SECTION IX. — *Hémorrhoïdes.*

Les femmes enceintes sont très-sujettes aux hémorrhoïdes. Ceci est dû en partie à la pression exercée par la matrice sur les vaisseaux du bassin, mais il faut l'attribuer principalement à un état de langueur dans le canal intestinal, qui communique une égale torpeur dans les veines hémorrhoïdales. Comme cet état est accompagné de constipation, on a considéré la maladie comme dépendante de l'action mécanique des fèces; mais quelque vraie que soit cette opinion pour certains cas, cependant elle est en général sans fondement, et il n'est pas rare que les femmes qui sont sujettes aux hémorrhoïdes prédisent une attaque prochaine d'après l'apparition de symptômes particuliers, qui indiquent une diminution d'action dans le canal intestinal. Le traitement de cette maladie est double. Il faut éloigner la cause par les moyens qui communiquent une action plus prompte aux intestins, tels que les amers et les laxatifs. Ces derniers sont aussi très-utiles pour ôter l'irritation que causent les fèces au rectum, et les rendre plus molles, afin que leur expulsion soit moins douloureuse. A ce dessein, on a employé généralement la crème de tartre seule ou combinée avec du soufre, mais on peut donner, avec un pareil avantage, de petites doses d'huile de ricin. — L'effet ne doit point être trop violent, et l'on peut tirer un bon parti de l'emploi journalier d'un lavement d'eau tiède, que l'on administrera avec précaution, de manière à ne point irriter les parties avec la canule. En même temps que nous éloignons la cause, il faut aussi en diminuer les effets par les moyens locaux, qui calmeront l'irritation et la sensibilité. Quand la douleur, l'inflammation et le gonflement sont considérables, il est bon de tirer du sang localement par des sangsues, ou, surtout s'il y a de la fièvre, la saignée peut être nécessaire comme dans les autres cas d'inflammation locale. La nourriture sera modérée; on évitera tous les stimulants et tous les cordiaux: les applications froides et anodines sur la tumeur sont aussi très-convenables, telles qu'un onguent contenant une petite quantité d'acétate de plomb, une faible solution d'acétate de plomb dans de l'eau de rose, ou un mélange de vinaigre de litharge et de crème, ou de l'huile de cacao. Quelquefois les astringents sont utiles, tels qu'un onguent fait avec du fiel, ainsi que les narcotiques, comme l'opium (1) ou la belladone. Si ces moyens ne réussissent point, il sera convenable d'administrer un lavement anodin, et d'appliquer des fomentations ou des cataplasmes émollients sur la tumeur; mais chaque praticien peut dire combien de fois toutes les applications locales lui ont fait défaut. Dans quelques cas, la tumeur se ramollit et s'affaisse par degrés; dans d'autres elle s'ouvre, et il s'écoule plus ou moins de sang; si l'hémorrhagie est modérée, elle soulage, mais si elle est abondante, elle cause de la faiblesse, et elle doit être arrêtée par la compression et par les astringents. Une grande douleur ou une hémorrhagie considérable peuvent toutes les deux provoquer l'avortement, car la première agit sympathiquement sur les parties voisines. Même dans l'état de non-gestation, les hémorrhoïdes internes peuvent produire des symptômes, que l'on suppose provenir de la matrice ou du vagin. La bougie du rectum est utile dans ces cas, pourvu qu'elle ne cause pas de douleur. — L'extirpation n'est pas à conseiller dans la grossesse, à moins que la gravité et la ténacité des symptômes ne doivent produire un travail prématuré plutôt que la douleur momentanée et l'excitation résultant de l'opération.

SECTION X. — *Maladies de la vessie.*

La vessie est souvent affectée par la grossesse, quelquefois comme les intestins, elle devient moins contractile qu'auparavant, de sorte que la femme

---

(1) Le docteur Johnson conseille d'appliquer l'onguent suivant, puis un cataplasme par-dessus la tumeur. Pr.: huile d'amande, une once; huile de succin, demi-once; teinture d'opium, deux gros. Mélangez. (Système., p. 125.)

garde ses urines long-temps, et les expulse avec quelque difficulté et en quantité considérable à la fois. Cet état réclame une grande attention, car il peut y avoir, à une certaine époque de la grossesse, une rétroversion de l'utérus. Les médicaments ne font pas grand'chose dans ce cas, car, quoique le *soda-water* et d'autres remèdes semblables apportent quelquefois du soulagement, cependant il faut compter davantage sur les efforts réguliers de la malade. Si leur action se faisait attendre trop long-temps, alors il faudrait employer le cathétérisme. — Le plus souvent la vessie devient très-irritable, surtout vers son col, et l'urètre participe à cet état. Il y a aussi, dans beaucoup de cas, une sensation de malaise dans la région de la vessie elle-même. Cet état requiert un traitement bien différent du premier, car alors notre objet est d'éviter tout médicament salé qui pourrait rendre les urines plus stimulantes. On peut attendre du soulagement en pratiquant une saignée, en donnant de petites doses d'huile de ricin, et, de temps à autre, l'extrait ou la teinture de jusquiame, et en encourageant la malade à boire des tisanes mucilagineuses, qui, quoiqu'elles ne descendent pas dans la vessie en mucilage, diminuent cependant l'âcreté du sang, qui sécrète les urines. Cet état de la vessie produit quelquefois une légère irritation vers la symphyse pubienne, et rend l'articulation moins solide et plus facile à séparer. Dans ces cas où le pubis est sensible, la saignée et le repos sont les deux principaux remèdes.

Une maladie très-douloureuse, qui souvent accompagne cet état de la vessie et de l'urètre, mais qui peut aussi exister seule, c'est une sensibilité et une irritation de la vulve, produisant une grande démangeaison aux environs des grandes et petites lèvres, surtout pendant la nuit, et généralement la malade éprouve de la chaleur en urinant. Cet état douloureux est souvent soulagé par la saignée et les laxatifs; et quand la démangeaison est grande, on devra appliquer sur les parties une éponge trempée dans de l'eau froide ou dans une solution froide d'acétate de plomb; ou bien on les baignera, soit avec une émulsion d'amandes contenant un demi-grain de muriate de mercure par once, soit avec une faible solution de nitrate d'argent : s'il y a beaucoup de fièvre, le julep salin, combiné avec un peu de laudanum, conviendra parfaitement. — L'incontinence d'urine est assez fréquente à la fin de la grossesse. Elle est produite par la pression de l'utérus sur la vessie, qui fait que la femme urine involontairement lorsqu'elle tousse, ou qu'elle se remue brusquement; ou du moins elle ne peut garder une grande quantité d'urine, et elle est obligée d'uriner fréquemment, mais sans strangurie. Il n'y a pas de remède contre cette affection, et un grand nombre d'accoucheurs la regardent comme un bon augure, et comme indiquant que la tête de l'enfant s'appuie sur l'orifice utérin. Quand la matrice proémine fortement, on peut retirer quelque avantage en soutenant le ventre, au moyen d'un bandage convenable attaché aux épaules.

SECTION XI. — *De la jaunisse.*

La jaunisse des femmes enceintes est liée à un état morbide du canal alimentaire. Cette maladie paraît à une époque peu avancée, et est précédée de symptômes dyspeptiques, qui augmentent généralement lorsque la jaunisse paraît. Dans quelques cas, la teinte est très-légère et disparaît bientôt. Dans d'autres, la couleur jaune est marquée et dure long-temps, et le trouble de l'estomac et des intestins est considérable. Les émétiques, et les autres remèdes violents que l'on emploie quelquefois pour guérir la jaunisse, ne conviennent pas dans ce cas-ci; et dans toutes les circonstances, lorsque les jeunes femmes mariées sont atteintes de jaunisse, nous devons être réservés dans nos prescriptions. De petites doses de pilules cuivrées, jointes à des laxatifs, et ensuite à une légère infusion amère, sont les remèdes convenables, et en général la maladie disparaît. La jaunisse peut aussi survenir à la fin de la grossesse, et dans ce cas-ci, elle provient le plus souvent de la pression exercée sur le conduit cystique. Quelquefois cependant elle dépend d'une maladie du foie lui-même, qui peut arriver à toutes les époques de la grossesse, et qui est marquée par les symptômes ordinaires. Dans ce cas-ci, le danger est très-grand, et ne peut être détourné qu'en prenant de sages mesures pour faire disparaître la maladie hépatique.

SECTION XII. — *Pétéchies.*

Dans quelques cas, la peau est partiellement colorée; par exemple, la bou-

elle est entourée d'un cercle jaune ou brun, ou des taches irrégulières marquées par ces couleurs paraissent sur les différentes parties du corps. C'est une affection tout-à-fait indépendante de l'état de la bile, et qui paraît se rattacher plutôt à une certaine disposition du canal alimentaire. Elle disparaît après l'accouchement; et ne demande aucun traitement particulier.

SECTION XIII. — *Des palpitations.*

Les viscères thoraciques sont souvent troublés pendant la grossesse : les palpitations du cœur sont une affection très-commune et très-fâcheuse. C'est une maladie tellement connue qu'il est inutile de la décrire ici, mais il peut être convenable d'observer que les femmes elles-mêmes prennent quelquefois pour des palpitations une forte pulsation des artères à la partie supérieure de l'abdomen. Les palpitations peuvent survenir plusieurs fois dans le cours de la journée; ou seulement la nuit avant de s'endormir, ou bien dans l'intervalle de deux ou trois jours, et elles sont aisément provoquées par la moindre agitation de l'ame. Elles sont généralement exemptes de danger; mais chez les femmes délicates, et chez celles qui sont sujettes aux fausses couches, elles occasionnent quelquefois cet accident, et si elles sont long-temps prolongées, elles peuvent produire une maladie des poumons chez celles qui y sont prédisposées. Le repos absolu, avec les anti-spasmodiques, est nécessaire pendant le paroxysme; la corne de cerf, l'éther et la teinture opiacée peuvent être donnés, séparément ou combinés ensemble. Roderic à Castro prescrit une gorgée d'eau chaude. On préviendra les attaques par l'administration des toniques, tels que la teinture de muriate de fer et par celle des antispasmodiques, tels que la valériane, l'assa-fœtida, et par des frictions sur l'épine dorsale avec quelque imbrocation stimulante. La fatigue et tout effort seront évités, et l'esprit sera maintenu calme. Si la malade est pléthorique, si la tête est douloureuse ou la face animée, il sera utile de tirer un peu de sang; on tiendra libres les intestins, on surveillera la nourriture, car souvent les palpitations sont occasionnées par un trouble de l'estomac.

Une espèce plus redoutable de palpitations, qui est indépendante de l'état de grossesse, mais qui est augmentée par cet état, c'est celui qui naît d'une affection organique du cœur, ce que découvre le stéthoscope. Une simple palpitation provenant de cette cause ne devient pas mortelle; mais quand elle est combinée, comme cela n'arrive que trop souvent, avec de la dypsnée et l'hydropisie, elle est très-dangereuse, et la malade peut mourir avant d'accoucher. Le traitement doit être réglé d'après les principes ordinaires; de temps en temps une petite saignée, une nourriture légère, les laxatifs et les diurétiques, voilà ce qui constitue la pratique. S'il y a tendance à des maladies nerveuses ou hystériques chez les femmes qui y sont exposées, on les préviendra par une saignée de temps à autre, par l'emploi des laxatifs, du camphre ou des médicaments fétides. On n'administrera les opiacés que lorsqu'il faudra remédier de suite à de graves symptômes.

SECTION XIV. — *De la syncope.*

La syncope peut survenir à toutes les époques de la grossesse, mais elle arrive le plus souvent dans les trois premiers mois, ou à l'époque à laquelle l'enfant remue. Elle se montre souvent chez les femmes qui sont du reste en bonne santé, mais elle peut aussi survenir tous les jours pendant quelque temps, chez celles qui sont affaiblies par une diarrhée alternant avec la constipation, ou par le manque de sommeil occasionné par des maux de dents, etc. Elle peut succéder à un exercice peu violent, ou à des mouvements rapides ou à l'exposition au froid, mais elle peut aussi survenir lorsque la personne est dans un repos parfait. Le paroxysme est quelquefois complet et de longue durée; d'autres fois la malade ne perd pas la connaissance de ce qui se passe, et revient bientôt. Une position horizontale, l'introduction d'air froid ou l'application d'eau froide sur la figure, l'emploi du sel volatil, et une sage administration des cordiaux, sont des remèdes convenables pendant l'attaque. Si l'accès durait long-temps, il faudrait entretenir la chaleur du corps, autrement une syncope prolongée pourrait se terminer par la mort. Celles qui sont sujettes aux évanouissements devront éviter la fatigue, les appartements chauds ou remplis de monde, le jeûne, les mouvements rapides et l'agitation de l'esprit. Les toniques sont utiles lorsque la constitution est faible, et on devra surveiller exactement l'état des intestins.

Il y a une espèce de syncope que j'ai vue plus d'une fois devenir mortelle, dans la première période de la grossesse; elle dépend, je crois, d'affections organiques du cœur, qui est hypertrophié ou atteint de quelque autre maladie, à un degré si léger cependant, qu'avant la grossesse il n'y avait aucun trouble, à plus forte raison aucun autre symptôme pathognomonique. Quoique j'aie rencontré cette terminaison fatale plus fréquemment dans la première période, cependant je l'ai vue arriver jusque dans le sixième mois de la grossesse.

SECTION XV.—*De la dyspnée et de la toux.*

Les attaques soudaines de dyspnée, chez les femmes qui jouissaient avant d'une bonne santé, doivent être généralement regardées comme hystériques, et sont promptement enlevées par les anti-spasmodiques. Il y a cependant un symptôme plus tenace et de plus longue durée, qui accompagne souvent la grossesse, je veux dire la toux. Elle peut se présenter sous la forme de paroxysmes qui sont généralement assez intenses, ou elle peut être presque continuelle; dans ce cas, elle est petite et fatigante. Quelquefois la malade expectore un liquide visqueux, mais plus souvent la toux est sèche. Pendant l'attaque, la tête est généralement douloureuse, et la femme se plaint beaucoup de la secousse donnée au corps, et surtout au ventre. Tous les auteurs praticiens s'accordent sur le danger de cette maladie, car elle peut occasionner surtout l'avortement; et il est bon de remarquer qu'après l'expulsion de l'enfant, la toux souvent cesse tout-à-coup, mais l'exposition au froid la rappelle souvent, et s'il y a une prédisposition à la phthisie, cette maladie peut ainsi se développer. Il faut employer de bonne heure la saignée, et quelquefois la répéter; mais on tiendra le cours du ventre libre, et de temps à autre on pourra donner des tablettes contenant de l'opium et de la jusquiame pour calmer la toux. Un large emplâtre de poix de Bourgogne, appliqué entre les épaules, est utile, ainsi qu'un petit vésicatoire appliqué à l'union des vertèbres cervicales avec les dorsales, que l'on fera suppurer quelque temps avec de l'onguent de sabine. Cette espèce d'exutoire réussit aussi lorsqu'on l'applique sur le sternum. Si l'avortement survenait, et que la toux continuât, les toniques, tels que la myrrhe et l'oxide de zinc, devront être administrés.

SECTION XVI. — *De l'hémoptysie et de l'hématémèse.*

Dans quelques cas, il survient une hémoptysie ou une hématémèse pendant la grossesse, surtout dans les derniers mois. La saignée est le remède sur lequel on doit le plus compter, ensuite on devra donner des purgatifs. Les acides et la jusquiame pourront être alors employés pour calmer l'irritation, et on appliquera un vésicatoire sur la poitrine ou l'estomac. Si ces moyens ne réussissent pas, la malade succombera. Si l'hémorrhagie survenait pendant le travail, ou que les douleurs se fissent sentir prématurément, et que l'orifice utérin se dilatât, comme cela arrive quelquefois, il sera prudent de hâter l'accouchement.

SECTION XVII. — *Du mal de tête et des convulsions.*

Le mal de tête est un symptôme très-alarmant lorsqu'il est très-fort, constant et accompagné des symptômes de la pléthore. Si les yeux sont mornes ou voilés, que la tête tourne, surtout lorsque la malade se baisse ou se couche, avec sentiment de pesanteur sur les yeux ou au-dedans du crâne, il y a beaucoup à craindre, surtout si la femme est très-avancée dans sa grossesse. Le danger est bien plus grand, si elle se plaint de tintement dans les oreilles, si elle aperçoit des étincelles, ou si la vue est trouble. Je suis bien aise de voir que, dans la plupart des cas, quoique la tête soit douloureuse, la moelle épinière est en partie primitivement malade, et la tête ne souffre que secondairement. Dans quelques cas, il y a une douleur fixe dans une partie du dos, qui accompagne ou qui précède l'affection de la tête. Les convulsions tétaniques ou le coma surviennent ensuite; elles sont accompagnées de pâleur, quelquefois de rougeur et de gonflement de la face. Ces maladies doivent être combattues par la saignée et les purgatifs; les mêmes remèdes sont utiles dans l'une ou l'autre maladie. La quantité de sang que l'on doit tirer sera déterminée par l'intensité des symptômes, la constitution de la malade, et l'effet produit par l'évacuation; mais généralement une légère saignée prévendra ces affections, tandis qu'il faut en prati-

quer une très-copieuse pour les guérir. Je n'entrerai pas pour le moment dans plus de détails sur le traitement des convulsions, je remarquerai seulement que la première chose, la plus essentielle à faire, c'est de pratiquer une large saignée, ensuite de débarrasser immédiatement les intestins par un lavement, puis d'administrer un purgatif. Si le mal de tête est accompagné d'œdème, on se servira des diurétiques dans la suite. S'il reste un malaise local dans une partie du dos, ou si une vertèbre est douloureuse à la pression, surtout si elle excite un spasme, il faudra pratiquer une saignée locale, soit par des sangsues, soit par des ventouses; ensuite on pourra établir un exutoire à l'endroit même.

Si la malade est atteinte d'apoplexie, il se fait rarement d'efforts pour expulser l'enfant (1) pendant l'attaque, et dans ma propre pratique, je n'ai vu cela arriver qu'une seule fois. Dans l'éclampsie, au contraire, si le paroxysme se prolonge, mais surtout si les attaques se répètent, et que la malade n'y ait point été sujette auparavant, il se produit souvent un effet sur l'utérus; son orifice se dilate, et l'enfant peut être expulsé, à moins que la malade ne soit enlevée de bonne heure par un coma mortel; mais le tout dépend de la cause et des rapports immédiats de la maladie avec l'état de l'utérus. Lorsqu'il survient des efforts d'expulsion, il faut diriger le travail suivant les règles qui seront développées dans la suite de cet ouvrage; mais il ne faut en aucun cas provoquer le travail ou forcer l'accouchement (2). Dans quelques circonstances, la paralysie succède à une attaque d'apoplexie, ou accompagne le mal de tête et le vertigo. Elle ne disparaît pas ordinairement avant l'accouchement, mais on peut empêcher qu'elle ne s'étende par de doux laxatifs et une nourriture légère; et après que la femme est rétablie de ses couches, la maladie se calme souvent, ou cède aux remèdes convenables. — Tous les maux de tête cependant n'annoncent pas ces fâcheux événements, car souvent ils proviennent de l'estomac, et dépendent évidemment d'une constipation, d'une dispepsie ou d'une irritation nerveuse. Ils sont généralement périodiques, accompagnés de pâleur à la face. Ils se font sentir plus à l'extérieur que les autres, et sont souvent limités à un côté de la tête. Ils sont accompagnés de rapports acides dans l'estomac, d'éructations et quelquefois de vertige considérable, ou d'un léger mal de cœur, avec mauvais goût à la bouche. Ils sont soulagés par des laxatifs pris régulièrement, par le sommeil, l'usage modéré des sels volatils, et par l'application d'éther à l'extérieur.

Les convulsions hystériques ne sont pas rares pendant la grossesse, et surtout pendant les quatre premiers mois. Elles arrivent dans les constitutions irritables, susceptibles, ou chez les femmes qui sont naturellement disposées à la syncope, ou qui ont été épuisées par quelque douleur qui les prive du repos ou par des déjections alvines. Ces convulsions se reconnaissent en ce que la face est ordinairement pâle pendant l'attaque, et que les membres sont très-peu tordus; qu'il n'y a point d'écume qui sorte de la bouche; que la malade, pendant quelque temps, reste évanouie, puis éprouve des mouvements convulsifs, ou bien elle crie, elle sanglotte, et l'accès se termine généralement par des pleurs. Le traitement, dans le premier cas, consiste à administrer des antispasmodiques, surtout des opiacés et des médicaments fétides et volatils. Ensuite on préviendra les retours en ramenant le tube intestinal à ses fonctions normales, et en le maintenant dans cet état. L'exercice doit être modéré, mais très-régulier. Les aliments seront doux, mais nourrissants; on favorisera le sommeil, s'il est nécessaire, par des opiacés, et on complètera la guérison par des médicaments toniques, aidés de la teinture ammoniacale de valériane. Si cependant il y a un sentiment de pesanteur à la tête, de la douleur, il est avantageux, même dans les constitutions faibles, de retirer un peu de sang.

SECTION XVIII. — *Du mal de dents.*

Le mal de dents accompagne souvent la grossesse, et quelquefois il est un des premiers symptômes de cet état. La dent peut être saine ou gâtée; mais dans l'un ou l'autre cas, il ne faut point l'extraire

(1) Le cas rapporté par M. Wilson est une exception à cela. Voir *Med. facts.*, vol. v, p. 36.

(2) Quelques-uns attribuent cette maladie à l'hypertrophie du ventricule gauche; d'autres à l'utérus, qui, dans l'état de grossesse, obstrue le cours du sang dans les extrémités inférieures: les deux opinions sont douteuses.

pendant les premiers mois, si l'on peut éviter l'opération. J'ai vu l'avortement suivre de quelques minutes l'extraction. La saignée apporte souvent du soulagement, et un peu d'eau froide reçue dans la bouche calme la douleur. Dans d'autres cas, l'eau chaude soulage davantage. On peut essayer la créosote.

SECTION XIX. — *De la salivation.*

La salivation est chez quelques femmes un signe de grossesse. On a supposé qu'il y avait de la sympathie existant entre le pancréas et les glandes salivaires, et que la pituite rejetée par le vomissement provenait de celui-là, tandis que dans beaucoup de cas, celles-ci laissaient écouler une plus grande quantité de salive visqueuse. C'est un symptôme qui réclame à peine quelque médicament ; mais lorsqu'il y a lieu, de doux laxatifs sont les moyens les plus efficaces, avec une contre-irritation sur le derrière de la tête ou sur le cou.

SECTION XX. — *Mastodynie.*

La douleur et la tension des mamelles accompagnent souvent la grossesse, et ces symptômes sont souvent très-pénibles. Si la femme a éprouvé auparavant une suppuration dans une mamelle, celle-ci est généralement la plus douloureuse, et la malade craint qu'un abcès ne s'y forme de nouveau ; dans d'autres cas, la douleur est accompagnée d'une plus grande dureté dans le sein, et fait craindre un cancer. Toutes ces craintes sont généralement sans fondement ; mais si la suppuration s'établit, on doit la traiter d'après les principes généraux. La saignée soulage souvent le sentiment de malaise qui existe dans le sein ; il est aussi calmé par des fomentations tièdes ou par de douces frictions avec de l'huile chaude. La nature apporte souvent du soulagement, au moyen d'un liquide séreux qui s'écoule du mamelon ; mais si on le favorise trop par la succion, Chambon remarque que le fœtus peut s'en ressentir. Ceci cependant est tellement loin d'être une loi générale que la plupart des femmes qui conçoivent pendant l'allaitement continuent de nourrir pendant quelques mois, sans causer de détriment au fœtus. L'écoulement, dans quelques cas, est si grand vers le septième mois, ou plus tard, que la femme s'en trouve gênée. La nourriture, dans ce cas, devra être sèche. — La diminution subite dans la tension et dans le volume des seins sont des circonstances fâcheuses qui indiquent, soit la mort de l'enfant, soit une faible action de la matrice.

SECTION XXI. — *De l'œdème.*

Dans le cours de la grossesse, les pieds et les jambes deviennent souvent œdémateux, et quelquefois les cuisses et les grandes lèvres participent au gonflement. Il n'est pas toujours proportionné au volume de la matrice, car, comme l'a remarqué Puzos, les femmes qui ont la matrice extraordinairement distendue par du liquide, et celles qui sont enceintes de jumeaux, ont fréquemment très-peu d'œdème aux pieds. Cette maladie est due en partie à la pression qu'exerce l'utérus, mais elle paraît aussi être liée en quelque sorte à l'état de grossesse, indépendamment de la pression ; car, dans quelques cas, l'œdème n'est pas limité aux extrémités inférieures, mais il affecte tout le corps ; on a souvent remarqué qu'un degré modéré d'œdème, qui disparaît lorsque la malade prend une position horizontale, bien loin d'être un mal, fait disparaître par sa présence une foule de sensations pénibles. Mais lorsqu'il existe en plus grande quantité et qu'il est plus universellement répandu, il indique un état dangereux d'irritation. Dans les cas ordinaires, aucun médicament n'est nécessaire, excepté les apéritifs ; mais quand l'œdème est étendu ou permanent, qu'il persiste après que la malade a été plusieurs heures dans le lit, et surtout si le pouls est accéléré, si la malade éprouve des sensations pénibles à la tête ou vers les yeux, on peut rapporter tout cela à un état particulier du système nerveux, et il peut survenir des effets dangereux, tels que des convulsions, ou cela peut prédisposer aux maladies puerpérales. Il faut par conséquent avoir recours à la saignée et aux purgatifs. Ces moyens sont toujours convenables et ne doivent point être négligés, à moins que les forces ne soient de beaucoup diminuées. Dans ce cas, nous employons seulement les purgatifs et les cordiaux, avec de l'acétate de potasse ou de l'esprit de nitre dulcifié. Dans les cas où la maladie résiste, on peut essayer un douzième de grain d'extrait d'élatérium, avec un gros de bitartrate de potasse, deux ou trois fois par jour pendant un court espace de temps. Les diurétiques,

généralement, ne réussissent point, et un grand nombre, s'ils sont donnés sans modération, tendent à occasionner l'avortement. Les frictions diminuent la sensation que fait éprouver la distension.

SECTION XXII. — *De l'ascite.*

L'ascite peut, comme l'œdème, être une conséquence de quelque état lié avec la grossesse, ou elle peut en être indépendante, et provenir des causes ordinaires de l'hydropisie, surtout d'une maladie du foie. Dans le dernier cas, les médicaments ont rarement peu d'effet pour pallier ou pour détourner la maladie, et la femme succombe ordinairement dans l'espace d'une semaine ou deux après l'accouchement, soit qu'il ait été prématuré, soit qu'il ait eu lieu à neuf mois. Lorsque l'ascite n'est pas causée par une maladie du foie, et qu'elle paraît pour la première fois pendant la grossesse, elle est généralement liée à l'état œdémateux déjà décrit, dépendant de la même condition nerveuse, et rarement elle se présente, avant que la femme n'ait au moins atteint le troisième mois de la grossesse. Si elle n'est pas accompagnée des autres symptômes fâcheux, tels que le mal de tête, la fièvre, l'assoupissement, etc., elle diminue et disparaît un peu avant ou bientôt après l'accouchement, qui est souvent prématuré. Mais dans les autres cas, elle augmente, et la distension qui est produite occasionne une grande gêne dans la respiration, de l'insomnie, et une tendance à l'évanouissement. J'ai vu donner largement les diurétiques dans ces cas, mais le plus souvent sans aucun effet. Pour cette raison, et aussi à cause du danger qu'ils offrent de provoquer un avortement ou un accouchement prématuré, je suis porté à ne pas conseiller leur usage, excepté dans les cas pressants; alors il faut employer les plus doux, comme la crème de tartre, l'infusion de genièvre, l'acétate de potasse, etc. Si quelques-uns produisent beaucoup d'irritation dans les organes urinaires, ils doivent être changés pour d'autres. Les purgatifs et la saignée sont plus utiles, et devront être rarement mis de côté. L'élatérium à petites doses doit être essayé sans crainte. La saignée, dans beaucoup de cas, si elle est employée de bonne heure et avec modération, ne rendra plus nécessaire l'emploi de tout autre remède, excepté un purgatif; car c'est une maladie aiguë, qui est plutôt guérie par des évacuations que par tout autre moyen. Si, en dépit de ce traitement, le gonflement augmente, il faut pratiquer la paracentèse; et je suis surpris qu'il y ait eu jamais un moment de doute sur son avantage, car certainement il n'y en a pas sur son innocuité. Quand l'ombilic proémine beaucoup, et qu'il est mince, on a proposé de le ponctionner avec une lancette: dans un cas rapporté par M. Olivier, le liquide continua de couler pendant douze jours ; dans un autre, la malade se perça elle-même l'ombilic quinze ou vingt fois avec une aiguille.

L'ascite peut avoir existé avant la grossesse, et les deux causes combinées peuvent produire un grand développement du ventre. Dans ce cas, on peut sentir l'utérus à travers les parois, quelquefois très-comprimé, comme si l'enfant était couché de travers. De doux diurétiques tendent à réprimer la maladie, et si la distension est très-grande, surtout dans la première période de la grossesse, je suis porté, d'après mon expérience, à conclure qu'après que l'enfant aura remué, on peut en toute sûreté tirer une grande partie du liquide, comme dans le premier cas, pourvu que pendant l'opération et dans la suite le ventre soit soigneusement et uniformément maintenu avec un bandage. Il est bon de connaître ceci, vu que la distension est quelquefois si grande, que la femme ne pourrait aller jusqu'à la fin de sa grossesse sans éprouver de grandes lésions. L'opération, selon moi, est plutôt sujette à être suivie du travail de l'accouchement, dans le dernier mois, qu'à une période moins avancée. Dans tous les cas où la malade est faible, on doit prendre bien soin que l'ouverture de la ponction soit exactement fermée; car si les bords s'enflamment au lieu d'adhérer, une péritonite mortelle en est la conséquence invariable. Lorsque l'hydropisie est très-répandue, et que les symptômes pressent, on a proposé de produire un accouchement prématuré.

SECTION XXIII. — *De la surabondance de l'amnios.*

Quand le liquide amniotique est en trop grande quantité, il cause une grande gêne, et souvent l'enfant périt. Cette maladie se reconnaît au développement extraordinaire du ventre, qui généralement, au septième mois, est aussi gros qu'il le serait au neuvième. On la distin-

gne de l'ascite par les mouvements de l'enfant, qui sont perçus, quoique obscurément, par la mère, et par le développement des seins. En examinant par le vagin, l'on peut constater que l'utérus contient une substance qui alternativement se retire et descend, à mesure que le doigt porte sur la partie inférieure de la matrice. On peut la considérer comme une affection hydropique de l'œuf; la santé de la femme est moins altérée que dans l'ascite. La langue, du reste, est blanche, et l'urine diminue de quantité : les jambes sont moins sujettes à gonfler que dans la grossesse ordinaire. La distension peut, dans une période avancée, devenir pénible. Quand la quantité du liquide est augmentée de beaucoup, l'enfant est rarement gardé jusqu'à neuf mois; mais il est généralement expulsé vers le huitième mois ou plus tôt, et le travail est souvent accompagné ou suivi d'une hémorrhagie utérine. Dans quelques cas, l'enfant occupe la partie supérieure de l'utérus, et le liquide la partie inférieure, du moins pendant le travail. Deux fois, chez la même femme, dans des grossesses consécutives, j'ai trouvé l'enfant renfermé dans la partie supérieure de l'utérus, et embrassé par lui comme si c'était un kyste, tandis que plusieurs pintes de liquide existaient entre lui et l'orifice de l'utérus. Le liquide s'écoula, et remplit plusieurs bassins; alors l'enfant descendit jusqu'à l'orifice de l'utérus, mais il sortit mort-né, avec les cuisses retournées fortement sur l'abdomen, et avec d'autres marques de difformité.

On reconnaît que le liquide est renfermé dans l'utérus et non dans la cavité abdominale, en appréciant la forme et la solidité de l'utérus, et en remarquant une grande obscurité dans la fluctuation. Dans l'ascite compliquée de grossesse, le liquide est plus distinct, et la forme de l'utérus ne peut être sentie qu'après la ponction. C'est une maladie de l'œuf et non pas de la mère, car le fœtus lui-même est souvent mal conformé, ou du moins chétif. On peut considérer cette affection comme une espèce de conception monstrueuse. On l'a aussi regardée comme le résultat de l'inflammation de l'amnios. Quelque condition particulière du côté des parents la produit dans certains cas; par exemple, elle peut se lier à une infection syphilitique existant chez le père ou la mère, ou à quelque cause moins frappante qui diminue l'action de la matrice, sans produire directement une fausse couche; à la manie ou à l'idiotisme, ou à une condition morbide de l'œuf existant primitivement dans l'ovaire; car une femme peut, sans cause apparente, avoir plusieurs fois cette espèce de grossesse. Toutes ces causes n'agissent pas uniformément au même degré, mais le fœtus souffre en proportion de leur action. Il naît très-faible et languissant, et on l'élève avec difficulté, ou bien il meurt presque immédiatement, ou il périt avant que le travail ne commence, et c'est là ordinairement le cas, lorsque la maladie existe à un certain degré. L'époque de la mort de l'enfant est ordinairement marquée par un frisson, et la cessation de tout mouvement dans l'utérus, en même temps que les seins s'affaissent. Ensuite surviennent des douleurs irrégulières, avec ou sans écoulement aqueux. Quelquefois la femme éprouve des maux de cœur ou de la fièvre, quelques jours avant que le travail ne commence. — Si la liqueur amniotique n'est que modérément augmentée au-delà de la quantité ordinaire, la femme peut aller jusqu'à neuf mois; mais à cause de la tension de l'utérus, elle est exposée à avoir un long travail.

Les toniques, le bain froid, les aliments secs, de temps en temps une saignée et l'usage des laxatifs pendant la grossesse peuvent réussir, mais souvent ils échouent : les diurétiques ne font aucun bien. Si, dans les premières périodes, il y a des symptômes fébriles, avec quelques sensations particulières dans la région utérine, la saignée et les laxatifs sont convenables, ou bien l'on peut appliquer des sangsues sur le ventre ou sur le dos. Un traitement mercuriel dirigé avec prudence, avant la conception, est le seul remède lorsque l'on soupçonne une infection syphilitique. Il peut être nécessaire de le prescrire au père et à la mère. Lorsque la maladie naît de quelque cause plus latente, je crois utile, pour en prévenir le retour, que la mère nourrisse, quand bien même son enfant serait mort. Il faudra aussi essayer le mercure. — Quand cette distension produit beaucoup de gêne, on a proposé de retirer le liquide par l'orifice utérin. Ceci a été pratiqué une fois par l'opération ordinaire de la paracentèse; la femme survécut, et le travail se déclara le vingt-unième jour (1). Je ne puis con-

(1) Voir un cas rapporté par Noël Des-

cevoir aucun avantage de ponctionner l'utérus plutôt que de perforer les membranes de l'orifice utérin, ce qu'il faut faire lorsqu'il y a urgence; mais très-souvent l'utérus, dans ce cas-là, expulse de lui-même ce qu'il renferme. Quand l'orifice utérin est considérablement dilaté par les douleurs, il peut être convenable de rompre les membranes, comme l'a conseillé Puzos.

Cette maladie peut se compliquer de lésions dans le placenta, qui peuvent aussi exister sans elle. Dans quelques cas, il se forme dans le placenta, soit des kystes, soit une tumeur plus solide, soit une induration, ou bien une partie est détruite, tandis que le reste est sain. Nous n'avons aucun pouvoir sur ces maladies, lorsqu'elles surviennent, et l'on ne peut pas en vérité être assuré de leur existence, lors même que l'utérus cesse de se développer ou que les hémorrhagies se répètent. Une partie peut être très-malade et même détruite, et le reste suffire pour conserver le fœtus.

SECTION XXIV. — *De l'écoulement aqueux.*

Des écoulements d'une mucosité aqueuse par le vagin ne sont pas rares pendant la grossesse, et en général, ils dépendent de la sécrétion des follicules qui se trouvent aux environs du col de l'utérus. On a supposé que, dans tous les cas, ils provenaient, soit de cette cause, soit de la rupture d'un vaisseau lymphatique, soit de l'évacuation d'un liquide amassé entre le chorion et l'amnios, ou des eaux d'un œuf détruit, dans le cas de jumeaux, car dans la plupart des exemples où on a évacué artificiellement les eaux de l'amnios, le travail a pris place. Mais l'on peut supposer que l'action de la grossesse soit, chez quelques femmes, assez forte pour n'être pas interrompue par une évacuation partielle de la liqueur amniotique. En accordant même que la collection de liquide soit à l'extérieur du chorion, si la quantité évacuée est grande (1), elle doit fortement provoquer le travail; et si l'utérus peut résister à cette évacuation, il pourra aussi ne pas être affecté par celle des eaux de l'amnios. J'ai vu des cas où, après une frayeur ou un effort violent, il s'écoulait subitement une quantité considérable de liquide, avec diminution de la tumeur abdominale, ou avec un sentiment d'affaissement, et même que des douleurs irrégulières se faisaient sentir, et cependant la femme est parvenue à terme (1). Ces circonstances démontrent évidemment, autant que la nature du cas le permet, que les eaux ont été évacuées. Quelquefois il n'y a qu'une seule perte aqueuse; mais le plus souvent la première est suivie de plusieurs autres, et fréquemment elles sont teintes de sang. L'ouverture semble se refermer si la grossesse continue, car pendant le travail les eaux s'écoulent de nouveau. Dans le plus grand nombre de cas, le travail a lieu. Même lorsque l'écoulement provient seulement des follicules situés autour du col de l'utérus, si la femme n'y prend garde, il peut survenir une hémorrhagie suivie des douleurs de l'enfantement. Ceci a lieu surtout si l'écoulement a été abondant.

La pratique, dans ces cas-là, c'est de confiner la malade au lit pendant quelque temps. On devra aussi donner un anodin, que l'on pourra répéter de temps à autre. S'il y a des douleurs irrégulières ou une irritation nerveuse, une saignée préalable le rend souvent plus efficace. On tiendra libre le cours du ventre. Si l'on suppose que l'écoulement provienne des follicules qui sont situés autour du col, on peut avec avantage injecter quelque liquide astringent, tel qu'une solution de sulfate d'alumine, ou une décoction d'écorce de chêne. — Il

---

marais, dans le *Recueil périod.*, tom. VI, p. 349. M. Baudelocque donne un rapport sur ce sujet dans le même volume. Scarpa aussi paraît soutenir la paracentèse.

(1) Voir les différents cas rapportés par le docteur Alexandre dans *Med. comm.*, vol. III, p. 187.

(1) Le docteur Pentland rapporte un cas très-distinct, où les eaux s'écoulèrent, dans le troisième ou quatrième mois, au milieu d'un accès de toux. Le ventre s'affaissa, mais la personne arriva à terme, et le travail se fit bien. (Dublin *Med. and phys. essays.*, No. 1, art. 3.) J'ai vu un écoulement aqueux survenir à de courts intervalles pendant quelques semaines; ensuite le cordon ombilical fit saillie, sans aucun effort ni aucune douleur qui marquassent la rupture des membranes; ce qui prouve qu'elles avaient été préalablement rompues, et que l'écoulement des eaux n'avait point provoqué un travail prématuré.

rrive quelquefois qu'une large hydatide est logée entre l'œuf et l'orifice utérin, et elle peut être expulsée plusieurs semaines avant l'accouchement. Si l'on n'y prend garde, elle peut être suivie d'hémorrhagie. L'existence d'hydatides plus petites, en même temps que la grossesse, peut avoir lieu, soit dans les caduques, ou dans une partie du placenta.

SECTION XXV. — *Des veines variqueuses.*

Des tumeurs variqueuses paraissent quelquefois aux jambes ; elles ne sont pas dangereuses, mais souvent elles sont douloureuses. Elles cèdent à la compression, mais je ne crois pas qu'il soit bien sûr d'appliquer un bandage autour des jambes d'une manière assez serrée, pour prévenir leur retour ; il vaut mieux, dans les cas ordinaires, ne rien faire du tout ; mais, lorsqu'il y a beaucoup de douleur, elle est calmée par une position horizontale et une compression modérée.

SECTION XXVI. — *Douleurs musculaires.*

La distension des muscles abdominaux peut produire de la douleur, soit vers les extrémités des muscles du rectum, soit à l'origine des muscles obliques ou transverses. Ces douleurs ne sont pas dangereuses, mais elles causent des craintes inutiles si l'on n'en connaît pas la cause. Il est impossible de les enlever, mais on peut les calmer par des embrocations anodines. Si la douleur est intense le long des bords des côtes, on peut obtenir du soulagement en appliquant autour de la partie supérieure de l'abdomen une bande étroite de cuir recouverte d'un emplâtre adhésif.—Il y a une autre cause de douleur qui affecte quelquefois ces muscles, mais le plus souvent ceux des environs du bassin et de la hanche. Elle semble naître de l'état maladif des nerfs spinaux qui se rendent aux muscles. Une longue promenade ou une petite fatigue peut produire un effet assez grand pour les rendre douloureux pendant long-temps, ou même sans aucun mouvement extraordinaire, les muscles sont douloureux et produisent une sensation de fatigue. On a supposé que ces douleurs étaient très-fréquentes quand la femme est enceinte de jumeaux, mais ceci est bien loin d'être une règle générale. Elles peuvent faire craindre une fausse couche. Le repos est le remède principal, mais, si les douleurs sont aiguës, on peut obtenir du soulagement par la saignée et par des frictions sur le dos avec une pommade stimulante. — La douleur de côté, surtout à droite, est quelquefois, à une époque avancée de la grossesse, musculaire, et dépend aussi de l'état des intestins, surtout du colon. Elle est souvent très-aiguë et peut encore devenir plus grave en se combinant avec de fortes aigreurs d'estomac ; elle survient surtout la nuit et, au lieu d'être calmée par la position horizontale, elle est souvent augmentée lorsque la malade est dans le lit. Elle s'accompagne souvent d'un grand mouvement du côté de l'enfant. La saignée soulage quelquefois, mais généralement on retire plus d'avantage de frictionner avec un baume anodin, de surveiller les intestins, et de donner une nourriture réglée. Quoique la douleur soit très-aiguë, elle amène rarement le travail d'enfantement. Dans certains cas, il y a complication de douleur pleurétique dans le côté, de spasmes dans l'uretère et dans quelque portion des intestins, avec sensibilité d'une partie des muscles abdominaux. La pratique consiste en une saignée et en purgatifs, suivis d'anodins et d'applications rubéfiantes. A leur défaut, l'application d'un vésicatoire sur la partie du dos qui est au même niveau ou un peu au-dessus du siége de la douleur, peut être utile dans ce cas, ainsi que dans la plupart de ceux qui ont été notés dans cette section.

SECTION XXVII. — *Du spasme des uretères.*

Le spasme des uretères ou quelque affection néphrétique peuvent survenir pendant la grossesse. La douleur est aiguë, le pouls lent et mou, et l'estomac rempli souvent par des gaz. Les symptômes sont accompagnés d'une violente strangurie, et, s'ils ne sont pas promptement enlevés, ils peuvent causer un accouchement prématuré. On obtient un prompt soulagement en donnant un lavement salé, et, après qu'il a opéré, en injectant quatre-vingts gouttes de laudanum mêlé à un peu d'amidon ; on appliquera aussi un sinapisme aux aines, et, si ces moyens échouent, il faudra recourir à la saignée.

SECTION XXVIII. — *Des crampes.*

Les crampes aux extrémités inférieures sont souvent très-douloureuses ;

elles peuvent arriver tout-à-coup, mais quelquefois elles sont précédées d'un sentiment de refroidissement et accompagnées d'une sensation de chaleur. Elles sont enlevées par le changement de position et par de douces frictions. Quelques accoucheurs ont pensé qu'elles indiquaient une fausse présentation de l'enfant; mais cette opinion n'est pas confirmée par l'expérience. Elles naissent de la pression exercée par l'utérus sur les nerfs qui sont situés dans le bassin.

SECTION XXIX. — *De la douleur, des spasmes et de l'inflammation de la matrice.*

L'utérus lui-même, à différentes époques de la grossesse, est sujet à devenir douloureux, et même à être affecté de spasmes. Cet état est marqué par une grande douleur dans la région de l'utérus, sujette à des paroxysmes, mais jamais à une entière disparition. Elle est ensuite suivie d'inflammation marquée par la fréquence du pouls, la soif, la chaleur de la peau, quelquefois par des maux de cœur, de la constipation, et plus ou moins de sensibilité dans la région hypogastrique, avec une douleur violente s'étendant à une ou aux deux aines, et quelquefois jusque dans le dos. Dans tous les cas qui sont à ma connaissance, l'ovule a été expulsé, et dans quelques-uns, la malade a succombé bientôt après. La pratique, même quand le cas est évidemment spasmodique, consiste à tirer du sang, et, après avoir évacué les intestins, à donner de fortes doses d'opium, soit par la bouche ou par l'anus, et ce remède doit être répété aussi souvent qu'il sera nécessaire. Quand l'inflammation s'est déclarée, il faut pousser plus loin les saignées, faire des fomentations chaudes, procurer des selles et administrer des lavements anodins. Quand l'avortement survient, il faut soutenir les forces et calmer l'irritation par de fortes doses d'opium; mais la malade se trouve dans un état dangereux.

SECTION XXX. — *Des mouvements désordonnés de l'enfant.*

Les mouvements de quelques enfants sont à peine sensibles, tandis que chez d'autres ils vont jusqu'à causer de la gêne. Mais il y a un état dans lequel les mouvements constituent une véritable maladie. Ceci dépend généralement d'une sensibilité plus grande de l'utérus et des muscles abdominaux, provenant, je crois, de l'état maladif des nerfs qui s'y distribuent, et dont j'ai noté un des effets dans la dernière section. Les mouvements, qu'ils soient alors plus forts ou plus fréquents que de coutume, produisent un sentiment douloureux dans l'utérus, avec faiblesse ou un mal de cœur, souvent avec des contractions spasmodiques des muscles abdominaux, et quelquefois avec des mouvements convulsifs des muscles du tronc et des extrémités. Les malades arrivent rarement à neuf mois, et après l'accouchement elles sont plus exposées que les autres à la syncope avec ou sans hémorrhagie. Le traitement consiste dans la saignée, si les circonstances l'exigent, dans l'emploi des laxatifs, l'application des irritants sur le dos, et s'ils ne font pas de bien, un emplâtre opiacé y sera appliqué, et des linges imbibés de laudanum seront appliqués sur l'abdomen.

SECTION XXXI. — *Distension de l'abdomen.*

Dans une première grossesse les muscles abdominaux conservent en général un plus grand degré d'élasticité qu'ils ne le font dans la suite, et par conséquent le ventre n'est pas aussi proéminent que dans les grossesses suivantes. Quelquefois les muscles et les téguments cèdent si facilement à l'utérus, que cet organe penche beaucoup en avant, produit une tumeur volumineuse, et de la gêne, à cause de la pression qu'il exerce sur la vessie, et de la douleur dans les côtés, à cause du poids augmentant avec la saillie de la matrice. Dans ces cas l'on peut procurer du soulagement en supportant l'abdomen avec un bandage attaché aux épaules. Dans d'autres cas, les muscles et les téguments ne cèdent pas aisément, mais le ventre est dur et tendu; la malade ressent des douleurs lancinantes autour de l'abdomen, et quelquefois elle fait une fausse couche. Cet état est allégé par la saignée et par des fomentations tièdes. Quand la peau ne s'élargit pas librement et devient sensible et douloureuse, ou quand ces effets sont produits par une très-grande distension, on retire de grands avantages en la frictionnant avec une décoction de pavots, et en appliquant ensuite une compresse de linge fin légèrement enduite de quelque onguent émollient.

Il y a quelquefois dans l'abdomen une disposition qui le fait distendre inégale-

ment, de sorte qu'un côté cède plus que l'autre, ou un muscle plus que les autres, ce qui produit une forme particulière. Il n'en résulte aucun inconvénient.

SECTION XXXII. — *De la hernie.*

L'ombilic des femmes enceintes proémine en général, même à une époque peu avancée. Dans quelques cas, il y a un tel changement, que l'intestin ou l'épiploon font saillie et forment une hernie ombilicale, ou si la femme a été préalablement sujette à cet accident, la grossesse tend à l'augmenter, tandis que d'un autre côté, à cause du refoulement des intestins par l'utérus qui s'élève, les hernies inguinales et fémorales se présentent rarement, ou disparaissent même, si elles existaient auparavant. On doit maintenir réduite la hernie ombilicale par un bandage bien adapté, ou du moins l'empêcher de s'accroître par un support convenable, et pendant l'accouchement il faudra faire attention à ce que l'intestin ne fasse pas une trop forte saillie, vu qu'il serait difficile de le faire rentrer. Après la délivrance, on appliquera une pelote avec des cercles à ressort, qui feront le tour du ventre.—J'ai vu céder la ligne blanche juste au-dessous de l'ombilic, au point de permettre à l'utérus de faire saillie, formant ainsi une tumeur douloureuse, aplatie, et trop sensible pour supporter la compression. Les sangsues allègent la douleur, probablement à cause de leur effet sur le tissu cellulaire; et quand l'enfant est né, la tumeur disparaît.

Dans quelques cas, pendant la grossesse, les fibres des muscles abdominaux se séparent, de sorte qu'il se forme une hernie abdominale, soit par une portion des parois de l'utérus, soit par une anse intestinale. Le même accident peut survenir pendant l'accouchement, et la déchirure est quelquefois si étendue, que dans la suite, lorsque les muscles se contractent, comme par exemple dans l'action de se lever, une certaine quantité d'intestins est poussée en dehors, et forme une tumeur dure comme la tête d'un enfant. Il est nécessaire dans ce cas, comme dans tous les autres de hernies volumineuses, de prendre soin que la compression soit appliquée immédiatement après la délivrance, et aussi pendant l'expulsion de l'enfant. En négligeant cette précaution, on a occasionné de la syncope et une hémorrhagie utérine. — La hernie de la vessie devra toujours être réduite dans le commencement du travail, car elle peut le retarder, ou bien la vessie peut être exposée à être lésée.

SECTION XXXIII. — *De la tristesse.*

Il n'est pas rare de trouver des femmes très-abattues pendant la grossesse, et très-alarmées sur l'issue de leur travail; cette crainte peut être la conséquence d'accidents qui sont arrivés à d'autres femmes pendant leur accouchement, mais souvent elle vient d'un état particulier de l'esprit dépendant de la grossesse ou intimement lié aux effets sympathiques qui sont produits sur la moelle épinière et allongée. Ces effets peuvent naître directement de l'utérus, ou indirectement de l'état des intestins, et il n'est pas aisé, et peut-être il n'est pas toujours possible de déterminer lequel de ces organes agit primitivement sur le système nerveux. Quelques femmes, qui à d'autres époques ont l'esprit gai, deviennent toujours mélancoliques pendant la grossesse, tandis que d'autres souffrent principalement pendant l'allaitement. Si cet état est précédé d'une excitation marquée par la chaleur à la peau et la fréquence du pouls, ou s'il est consécutif à une congestion de la base du crâne, indiquée par un pouls lent, de la faiblesse ou de la langueur, la saignée sera convenable, et, pour s'y déterminer, il ne faut pas faire attention à la pâleur de la face. S'il n'y a point d'indication pour la saignée, alors nous débuterons par le traitement que nous aurions suivi dans le premier cas, après l'emploi de la saignée, je veux dire par l'usage régulier des purgatifs et par l'administration d'une mixture camphrée, la dose d'un demi verre à vin toutes les trois heures, soit seule ou avec une cuillerée de julep salin. La médecine doit se borner à combattre toutes les causes de maladie ou de calmer les troubles des fonctions du corps; l'esprit devra être tranquillisé et soutenu par les personnes qui ont le plus d'influence sur la malade. L'affection n'est pas permanente, et, quand elle commence de bonne heure dans la grossesse, elle disparaît ordinairement avant le travail.

Une affection semblable de l'esprit peut se présenter à l'époque menstruelle et pendant long-temps, chez les vierges, et elle paraît dépendre de la même cause, je veux dire de l'effet de l'utérus sur les nerfs. — Quelques femmes, pendant les

premières périodes de la grossesse, s'imaginent voir un fantôme continuellement devant elles, ou sont sous l'influence d'autres illusions. En général, à mesure que la grossesse s'avance, l'esprit devient plus sain.

SECTION XXXIV. — *De la rétroversion de l'utérus.*

La rétroversion de l'utérus fut décrite, mais non expliquée, par Aétius, Rod. a Castro (1), par Mauriceau et Lamotte, ensuite elle fut démontrée par Grégoire et par Levret, son élève. Mais elle fut décrite avec soin, dans ce pays, pour la première fois, par le docteur Hunter, en 1754. C'est un accident qui est toujours accompagné de conséquences fâcheuses, et quelquefois mortelles, principalement à cause de l'effet produit sur la vessie. Si le bassin est d'un volume ordinaire, la rétroversion peut survenir en tout temps, pendant le troisième ou le quatrième mois de la grossesse, ou si le bassin est large et que l'ovule ne soit point trop distendu par du liquide, elle peut se présenter dans le cinquième mois, mais elle peut aussi se produire lorsque la matrice est distendue à un certain degré par une maladie (2). Une espèce de déplacement a été décrite par M. Ingleby (3), dans lequel une tumeur du fond de la matrice paraît avoir poussé le corps de l'utérus à l'état de gestation, jusqu'au fond du bassin, de manière à simuler une rétroversion. Il fut remis à sa place, mais la malade mourut après l'accouchement.

L'on reconnaît la rétroversion de l'utérus, principalement par les effets qu'elle produit sur la vessie, et aussi par la difficulté d'aller à la garde-robe, car, tandis que la malade peut éprouver un ténesme douloureux, il passe peu de fèces à la fois. Quoique quelques auteurs aient prétendu qu'il n'y avait aucun effet de produit sur le rectum, néanmoins l'obstruction dans certains cas est assez grande pour causer un vomissement de matières fécales, et la dissection nous montre le rectum étendu sur le fond de l'utérus. Quand la rétroversion est complète, elle peut occasionner des douleurs d'enfantement, comme s'il se faisait un effort pour expulser l'utérus lui-même, et dans quelques cas elles sont aussi fortes que dans le travail lui-même. Elles sont aussi en rapport avec l'état de la vessie, étant plus aiguës quand elle est distendue, et elles diminuent généralement de fréquence et d'intensité quand l'urine est évacuée. Dans quelques cas, la rétention est d'abord complète et les symptômes continuent d'augmenter. Dans d'autres, après un jour ou deux, l'urine commence à couler lentement, mais la vessie n'est jamais vidée, ou pendant quelque temps il s'écoule un peu d'urine quand la malade s'efforce d'uriner, et ensuite la rétention devient complète. Cet état s'accompagne soit d'une douleur aiguë ou d'une sensibilité dans la partie inférieure du ventre, de sorte que quelquefois la malade ne peut supporter qu'on le touche; il est aussi tuméfié. Les aines sont douloureuses, et il y a plus ou moins envie d'uriner, suivant l'état de la vessie et la position de l'utérus. Il y a du ténesme, et même le rectum peut être renversé et l'orifice du vagin peut faire saillie. Le degré où la vessie peut être distendue chez le vivant est beaucoup plus grand qu'on pourrait le supposer, d'après des essais, pour la faire gonfler après la mort. On a retiré à la fois quinze pintes, et la vessie a été trouvée aussi volumineuse que l'utérus rempli du produit de la grossesse à neuf mois.

Les symptômes aigus produits par la distension de la vessie et par l'impuissance d'uriner librement appellent d'abord l'attention de la personne sur la maladie. En l'examinant, on trouve une tumeur entre le rectum et le vagin (1),

(1) Lib. II, c. 17, *de Uteri ascensu et recursu;* il donne une description très-imparfaite, mais il conseille d'effectuer la réduction en introduisant le doigt par l'anus.

(2) M. Pearson rapporte un cas de rétroversion de l'utérus à la suite d'un squirrhe. (Voir Pearson, sur le cancer, p. 113.) — Le docteur Marcet cite un cas où il y avait rétroversion de l'utérus sans grossesse, produisant de la constipation et des vomissements. Voir Cooper, *on hernia*, part. II, p. 60. — Desault observe qu'elle a été causée par un polype utérin. Voir aussi le docteur Wier, in *Glascow journal* I, p. 263.

(3) *Facts and cases*, p. 78.

(1) M. Baudelocque cite un cas où le fond de l'utérus faisait saillie à l'orifice externe; la malade en même temps éprouvait une forte envie d'expulser quelque chose. Il put, du reste, réduire promp

formée par le fond de l'utérus qui est refoulé en arrière et en bas, tandis que l'orifice utérin est dirigé en avant, et tellement en haut qu'on peut le sentir avec le doigt. La partie postérieure du vagin est poussée tellement en avant, que l'introduction du doigt devient difficile. —C'est une maladie que nous devons croire impossible de ne pas reconnaître, et cependant il est quelquefois difficile de la distinguer, car, dans une grossesse extra-utérine, il est arrivé que les symptômes ont été presque les mêmes que ceux de la rétroversion (1), et une tumeur de l'ovaire a quelquefois produit des effets semblables. Peut-être que le diagnostic ne peut dans tous les cas être exactement établi, mais cela est d'une importance moins immédiate, vu que les indications à remplir dans ces cas doivent être les mêmes, qui sont de vider la vessie et de procurer des selles.

La rétroversion peut naître dans deux circonstances différentes et de deux causes. Dans l'une elle arrive plus lentement et ses progrès peuvent dans quelques cas être marqués de jour en jour (2). Dans l'autre elle survient assez brusquement et quelquefois la femme a senti au même moment un mouvement à l'intérieur du bassin.—Afin que l'on puisse mieux comprendre la rétroversion, je ferai remarquer d'abord, que l'utérus dans l'état de non-gestation est couché obliquement, quelquefois presque horizontalement au fond du bassin. S'il reste long-temps dans cette position, lorsque le fond est devenu plus large à la suite d'une grossesse, si le relâchement qui accompagne le prolapsus, existe, la femme est menacée d'une rétroversion, si elle n'est pas actuellement produite; mais si en même temps le rectum se relâche et se courbe ou s'incline beaucoup d'un côté, comme il le fait ordinairement, surtout du côté gauche, il est évident que si cette courbure ou ce pli du rectum est rempli de matières fécales, il exercera une pression sur le fond de l'utérus, qui par-là non-seulement ne pourra s'élever en haut, mais sera alors poussé plus bas. Le col sera porté en avant et il y aura un certain degré de prolapsus. La pression s'exercera ensuite sur la partie inférieure de la vessie, juste à son orifice. L'urine sera gardée, la vessie se distendra et le col sera porté encore plus haut, tandis que le fond sera refoulé en quelque sorte plus en arrière, et descendra plus bas, en partie pour cette cause, et en partie à la suite des efforts d'expulsion qui seront provoqués. Si la grandeur du bassin a quelque influence, je dirai qu'un bassin plus large que petit favorisera la production de la maladie. Or si cette manière d'envisager la chose est exacte, il est évident que la rétention d'urine, quoiqu'elle puisse augmenter la rétroversion, est d'abord un effet et non une cause; de plus il s'ensuit que, même dans l'état de non-gestation, il peut y avoir une rétroversion ou une rétroflexion partielle de l'utérus, causée par cette constipation du rectum, sans qu'une rétention d'urine soit produite, mais seulement une obstruction au passage des matières fécales, l'utérus étant trop court pour agir mécaniquement à la fois sur la vessie et sur le rectum, et ainsi les symptômes de cette espèce varieront selon que l'utérus sera plus ou moins développé. Secondement, si l'urine est gardée trop long-temps dans l'état de non-gestation, la vessie distendue soulèvera un peu la matrice, mais la portion du péritoine qui se réfléchit de la vessie est soulevée en même temps que cet organe se distend, et fait que l'utérus s'attache plus étroitement à la surface postérieure de la vessie, par conséquent la rétroversion ne peut naître de cette cause, et si elle le pouvait, elle cesserait immédiatement quand la vessie

---

tement la matrice à son état naturel. Voir l'art. des accouchements, etc., § 125. — Dans le cas cité par le docteur Bell, une portion du rectum était poussée par l'utérus. *Med. facts.*, vol. VIII, p. 32.

(1) Voir M. Giffard's Cases, in *Phil. trans.*, vol. XXXVI, p. 435, et M. White's Case, in *Med. comment.*, vol. XX, p. 254.

(2) M. Baudelocque cite un cas de ce genre, § 253. Dans le cas rapporté par le docteur Bell, comme la femme se plaignait depuis cinq semaines seulement de dysurie, il est probable que pendant cette période la rétroversion n'était pas complète. *Med. facts.*, vol. VIII, p. 32.— Le docteur Hunter suppose qu'elle peut avoir lieu dans différents degrés, qu'elle peut être complète ou incomplète, ou même que l'orifice utérin peut rester dans sa position naturelle. Il dit que le docteur Combe et lui ont vu un cas où l'orifice utérin était poussé en dehors comme dans une procidence. Mais on n'admettra pas cela pour être une rétroversion. *Med. obs. and inq.*, vol. V, p. 388. Dans le même volume, p. 382, le docteur Garthshore rapporte un cas de semi-rétroversion.

serait vidée. Mais si le fond est élargi et si la matrice est plus allongée, comme dans la grossesse, alors le fond, devenu plus pesant, peut dans certaines positions s'incliner un peu plus en arrière lorsque la vessie est pleine, ou il peut être poussé en bas par l'état de plénitude du rectum déjà noté, qui peut ainsi contribuer grandement à la production ou à l'augmentation de la rétroversion, ou qui peut en être la cause principale. Toute contraction extraordinaire des muscles abdominaux, peut de la même manière pousser le fond de la matrice en bas et en arrière; même en examinant le sujet sous ce point de vue, la distension de la vessie ne paraît pas pouvoir causer d'elle-même la rétroversion de l'utérus, elle peut seulement, tout au plus, mettre la matrice dans une position plus favorable à la production de cet accident, soit par la pression (1), soit par d'autres causes. D'après la description déjà faite de la position de la vessie et de ses rapports, il paraît qu'elle est attachée à la fois au vagin et à l'utérus. Dans le troisième mois de la grossesse, si la vessie est entièrement gonflée par l'air, on trouve qu'elle est en rapport avec la surface du col de l'utérus de près de deux pouces et demi au-dessus de la lèvre de l'orifice utérin, et le péritoine se réfléchit de la vessie à l'utérus, à environ trois pouces du sommet du fond, tandis que l'aponévrose de la vessie se réfléchit un peu plus bas. La longueur de l'utérus est à cette époque d'environ cinq pouces trois quarts (2). Si l'on introduit le doigt dans le vagin, l'on sent à son extrémité la vessie distendue qui est attachée à ce canal dans l'espace d'environ deux pouces et demi. A cette époque le sommet du fond s'élève au-dessus du détroit supérieur. Or, en accordant que l'utérus soit un peu soulevé, il ne peut pas être rejeté en arrière, car il rencontre le rectum qui le soutient. Mais si dans cet état de distension de la vessie, lorsque peut-être l'utérus a six pouces et demi de long et que son diamètre antéro-postérieur est aussi de six pouces, les muscles abdominaux exercent une pression quelconque, la vessie sera refoulée en arrière, les intestins en bas sur la matrice, et le fond de cet organe descendra un peu plus bas, tandis que son col se courbera en arrière, de sorte qu'il y aura une rétroversion plus ou moins grande (1), et ce n'est qu'à une époque plus avancée de la maladie que l'on trouve soit l'orifice de l'utérus dirigé parallèlement à l'axe de cet organe, ou bien une rétroversion complète, c'est-à-dire que la matrice est tournée obliquement en sens inverse. Ceci cependant dépendra en quelque sorte de l'époque de la grossesse, car si elle a passé le troisième mois et si le corps et le fond de l'utérus sont plus globuleux et plus larges, la rétroflexion sera probablement moins considérable. L'utérus peut aussi être situé pendant quelque temps plus obliquement en arrière, tandis que sa face antérieure est placée en avant. De plus, l'on a vu qu'un repli du péritoine s'échappe de chaque côté de l'utérus pour se rendre sur le côté du rectum, formant ainsi une espèce de cul-de-sac entre ces organes et la partie supérieure du vagin. Or, quoique l'utérus puisse se diriger sur le côté de cette poche, il est plus probable qu'il y descendra, en l'élargissant et en la poussant en bas devant lui. Ainsi il y a une espèce de cavité ou de poche formée pour recevoir le fond de la matrice, qui par-là s'y fixe plus fortement.

(1) J'ai étudié avec soin ce point, en examinant l'utérus dans l'état de gestation, et mon fils, M. Allan Burns, a depuis confirmé les différentes opinions que j'avais émises, par des observations particulières sur une femme enceinte de trois mois. Le docteur Hunter soutint que la rétroversion était la cause de la rétention d'urine, tandis que le docteur Denman prétendait qu'elle en était l'effet. Quiconque cherchera à opérer une rétroversion pendant la grossesse, trouvera qu'il est plus facile de l'accomplir lorsque la vessie est vide ou flasque que lorsqu'elle est largement distendue.

(2) L'utérus peut aussi, sans beaucoup de violence, être renversé par la courbure du col, au point d'avoir, du sommet à la base, deux pouces de moins.

(1) Dans le cas rapporté par M. Bird, l'accident arriva à la femme en se baissant pour laver du linge. *Med. obs. and inq.*, vol. v, p. 100. Dans le cas de M. Hooper, la femme eut peur d'un taureau, et, en cherchant à s'échapper, elle tomba; après quoi les symptômes parurent. La malade de M. Evan en attribuait la cause à un effort pour lever un fardeau. *Med. comment.*, vol. vi, p. 215. Et la malade de M. Swan, à une chute; p. 217. La malade du docteur Merriman se plaignit d'abord après avoir été effrayée tout-à-coup, et celle de M. Wilmer éprouva une rétroversion après s'être fatiguée à arracher de l'herbe.

Quand le col de la matrice est courbé en arrière, on ne trouve pas l'orifice utérin dirigé aussi en avant qu'il l'est dans la suite; il presse sur le col de la vessie, et s'oppose plus ou moins au passage des urines. Mais si la rétroversion est complète, surtout si elle a duré long-temps, l'orifice utérin est quelquefois porté même au-dessus du pubis; il comprime de nouveau la partie postérieure de la vessie. Une petite quantité d'urine peut s'échapper ou filtrer au-delà du point de la compression, et elle peut s'écouler goutte à goutte, ou bien, comme l'urètre est dirigé plus en avant, il peut être tellement distendu et resserré, ou l'orifice de la vessie peut être poussé si obliquement contre le vagin, qu'une collection d'urine peut s'établir jusqu'à un certain degré, précisément au-dessus du col de la vessie, et si la sonde est introduite jusqu'à ce point, l'on peut évacuer cette quantité sans soulager la vessie, et l'on croit avoir fait sortir toute l'urine, tandis qu'il en reste encore beaucoup. Il peut se faire que l'utérus comprimé ait tellement changé de forme et soit tellement recourbé à son col, qu'il exerce une compression sur deux points à la fois.

Si la malade meurt sans qu'on ait replacé l'utérus, on le trouve fortement comprimé dans le bassin, le fond est situé dans la cavité du sacrum, le rectum est couché sur lui au point d'être presque aplati, et l'orifice de la matrice est dirigé en avant, tantôt jusqu'à l'arcade pubienne, en comprimant l'urètre, tantôt plus haut que la partie supérieure de la symphyse, comprimant alors la vessie. Dans la plupart des cas l'on trouve le col plus ou moins recourbé, de sorte que l'orifice utérin n'est point dirigé aussi en avant qu'il le serait autrement. Le péritoine et l'aponévrose de la vessie, au lieu de se réfléchir sur la surface de l'utérus, doivent évidemment se diriger en bas. L'utérus peut être entièrement dans la cavité du bassin, ou bien une partie de ce qui aurait dû être sa surface antérieure fait saillie au-dessus du détroit supérieur. L'urètre est placé plus directement en haut, et lorsque l'on retire l'utérus en dehors, il sort avec un bruit comme celui que fait entendre un piston en s'échappant d'une seringue, et la plus grande difficulté que l'on éprouve pour le retirer vient sans doute de ce qu'il fait l'office de piston.

On a vu la même femme avoir une rétroversion de l'utérus dans deux grossesses successives. Elle peut aussi survenir après la délivrance (1). — Le danger de la rétroversion vient plus immédiatement de la distension de la vessie (2) qui s'enflamme (3), et il peut survenir, à la suite d'une gangrène, un trajet fistuleux, généralement petit et irrégulier (4), ou bien la vessie adhère aux parois abdominales, et ses tuniques s'épaississent et deviennent malades (5). Si l'on ne peut évacuer l'urine, ce que je n'ai pas encore vu, la mort est précédée de douleurs abdominales, de vomissements, de hoquets, et quelquefois de convulsions; ces effets sont principalement produits lorsque l'on méconnaît la nature de la maladie. Leur durée est variable (6). On a vu aussi l'inflammation et la gangrène gagner le vagin et les parties extérieures. Si la maladie ne devient pas

---

(1) Voyez un cas rapporté par le docteur Hunter, *in Trans. of phys.*, à Philadelphie, p. 130; toutes les deux fois elle fut réduite par la main.

(2) Dans le cas décrit par le docteur Hunter, *Med. observ. and inq.*, vol. IV, p. 400, on trouva la vessie, après la mort, extrêmement distendue, mais non rompue.

(3) Dans le cas de M. Wilmer, le ventre était considérablement distendu; on retira six pintes d'urine, mais la femme mourut bientôt après. A l'ouverture, on trouva la vessie qui, à cause d'une maladie de sa surface, contenait une quantité de sang coagulé, et l'inflammation s'était étendue jusqu'au colon. Dans ce cas, l'ombilic proéminait comme la moitié d'un melon, et la maladie fut une fois prise pour une hernie. On trouva l'utérus tellement enclavé dans le bassin, qu'il ne put être retiré qu'après la section de la symphyse du pubis. Wilmer's *Cases*, p. 284.

(4) Dans le cas de M. Lynn, la vessie se rompit ou se gangréna, et la femme, immédiatement après, fit une fausse couche; mais on trouva après la mort l'utérus encore déplacé. *Med. obs. and inq.*, vol. V, p. 388. Le docteur Squires rapporte un cas où la vessie céda. *Med. review. journ.*, 1801.

(5) Chez la malade du docteur Ross l'avortement suivit la réduction de l'utérus, et la femme mourut. On trouva la vessie épaissie et adhérente à l'ombilic. *Annales de médecine*, vol. IV, p. 284.

(6) La malade du docteur Perfect mourut ainsi le sixième jour. *Cases in Midwifery*, vol. I, p. 394.

rapidement mortelle, parce qu'il s'échappe assez d'urine pour empêcher une mort rapide, il arrive quelquefois qu'une fièvre hectique se déclare, le pouls devient fréquent, le corps maigrit, et une urine purulente s'écoule au dehors (1), ou la malade peut être atteinte d'œdème, et la maladie devenir une hydropisie (2). Quelquefois les urines ne sont pas entièrement obstruées, mais elles s'écoulent avec difficulté pendant une semaine ou deux. Alors les symptômes deviennent plus aigus, et des douleurs d'expulsion sont provoquées. — Notre premier objet, c'est de soulager la vessie en introduisant le cathéter; on peut se servir soit d'une sonde de gomme élastique, soit d'une sonde d'homme en argent, légèrement recourbée à son extrémité; comme la vessie est dirigée un peu sur le pubis, on introduira l'instrument plus directement en haut que dans les cas ordinaires, et l'on dirigera sa concavité vers la symphyse. Si cependant dans un cas plus rare, l'on trouvait que l'orifice utérin fût situé de manière que la partie inférieure de la vessie descendît sur lui, on dirigera alors l'instrument en arrière entre les cuisses, et la concavité qui est à son extrémité, sera tournée vers le sacrum. En introduisant un doigt ou même la main s'il est nécessaire, dans le vagin, non-seulement l'on peut mieux guider la sonde, et s'assurer de sa direction, aussi bien que du siége de l'obstruction, mais encore l'on peut déprimer l'orifice utérin, faire descendre la tumeur dans le vagin (3), et, par-là, faciliter l'introduction de l'instrument; si l'on dirige la sonde obliquement en arrière, et si l'on emploie de la force, l'urètre peut se rompre, et même l'on peut pénétrer dans la matrice (1). Il faut se rappeler que l'orifice ou le col de l'utérus peut, dans certains cas, exercer une pression sur l'urètre, et, dans d'autres, quand il est soulevé plus haut, il peut l'exercer sur le col de la vessie ou même plus haut. Dans ce dernier cas, l'obstacle au passage de la sonde devient plus grand, parce que la matrice pousse la vessie plus en avant, peut-être même au-dessus de la symphyse, et parce qu'elle s'interpose comme une barrière. Dans ce cas-ci, en refoulant en haut le fond, quoiqu'on ne puisse réduire la rétroversion, cependant, en déplaçant l'orifice utérin, on soulage la vessie, et l'on favorise l'introduction de la sonde. Le déplacement est quelquefois même suivi d'un écoulement spontané d'un peu d'urine; quand on ne peut introduire la sonde, on a conseillé de ponctionner la vessie (2) ou l'utérus par le rectum ou le vagin, mais je n'ai pas rencontré de cas qui réclamât l'une ou l'autre de ces opérations (3). Il ne faut pas s'abuser sur

(1) Ce fait est confirmé par la malade du docteur Garthshore, qui, malgré ces symptômes, finit par se rétablir. Après la réduction de la matrice, elle fit une fausse couche; des corps fétides s'écoulèrent pendant quelque temps par la vessie. *Med. obs. and inq.*, vol. v, p. 382.

(2) Dans le cas de M. Croft, la maladie avait un mois de durée, la femme était atteinte d'œdème, et l'on supposa qu'elle avait une hydropisie; mais, en introduisant la sonde, on retira sept pots d'urine. On sonda tous les jours pendant quelque temps, ensuite de temps à autre pendant trois semaines, lorsque les circonstances le demandaient, le gonflement des jambes disparut, et l'utérus se redressa graduellement. *Med. journ.*, vol. xi, p. 381.

(3) Dans le cas rapporté par M. Hooper, chaque fois que la tumeur était refoulée en arrière, la femme s'écriait qu'elle pouvait uriner. *Med. facts.*, vol. i, p. 96.

(1) Dans un cas rapporté par M. Baynham, on supposait que la sonde entrait librement, mais elle n'avait pénétré dans la vessie, et elle n'avait évacué les urines qu'une seule fois. Les autres fois, il s'écoulait du sang. La malade mourut épuisée au bout de treize jours. A la dissection, on trouva deux tumeurs, et ce n'était que dans la postérieure que la sonde avait pénétré. L'instrument avait traversé pendant la vie l'urètre et le vagin, et était entré dans l'orifice de l'utérus en passant entre les parois de la matrice et les membranes sans les rompre. La vessie n'avait point été vidée et contenait trois pintes d'urine sanguinolente; sa tunique muqueuse était très-enflammée; le péritoine et tous les viscères abdominaux étaient à l'état sain. *Edimb. journ.*, xxxiii, 266.

(2) C'est ce qui fut fait par le docteur Cheston; la femme resta long-temps très-malade, mais elle porta son enfant jusqu'à neuf mois, et puis elle se rétablit. *Med. comment.*, vol. ii, p. 96. Dans un cas, en employant un long trois-quarts, on blessa la matrice, et la femme mourut.

(3) M. Baynham rapporte un cas très-intéressant, arrivé à Henriette Martin, qui

l'état de la vessie, en remarquant que la femme peut laisser passer une petite quantité d'eau, car cet organe peut néanmoins être très-distendu. Il faut examiner le ventre et faire attention à la sensation que l'on produit en pressant sur la région hypogastrique. Quoique même on ait employé la sonde, il peut se faire qu'une partie seulement de l'urine se soit écoulée, surtout si l'on n'a pas favorisé l'évacuation complète par une pression modérée sur la vessie. Il est arrivé qu'il ne s'est écoulé qu'une quantité d'urine suffisante pour apporter du soulagement et changer simplement la position de l'utérus de manière à diminuer la pression sur l'orifice de la vessie. Dans ce cas-ci, la malade en se levant laisse écouler spontanément une grande quantité d'urine, et immédiatement la matrice recouvre sa première position. — Après avoir évacué les urines, et avoir enlevé la source principale du mal, il faut ensuite procurer une garde-robe au moyen d'un lavement, ou autrement débarrasser le rectum, pratiquer une saignée s'il y a de la fièvre et de l'insomnie, et faire une injection calmante s'il y a de violents efforts d'expulsion; c'est là souvent tout ce qui est nécessaire, et je désire inculquer particulièrement dans l'esprit des lecteurs la nécessité de diriger leur attention principale sur la vessie qui doit être vidée, s'il est possible, quatre fois dans les vingt-quatre heures, ou du moins soir et matin, ou bien on laissera dans la vessie une sonde en gomme élastique. En agissant ainsi, on trouve souvent que la matrice reprend sa place convenable dans l'espace de quelque temps, peut-être de quarante-huit heures (1); et la rétroversion dure rarement plus d'une semaine, à moins que le déplacement n'ait été très-complet. Du reste, le temps précis qu'il faut pour que la matrice remonte, sera déterminé, toutes choses égales d'ailleurs, par le degré de la rétroversion, et par l'attention que l'on apportera à la vessie. Si le fond est très-bas, le replacement sera lent. Mais je suis autorisé par l'expérience à dire que dans toute rétroversion à un degré modéré, lorsque le cas est récent, l'on peut se contenter de vider régulièrement la vessie, sans chercher à refouler en haut la matrice, à moins que, d'après sa position, lorsque la rétroversion est partielle, nous n'ayons raison d'espérer qu'en introduisant la main, l'on puisse la replacer avec peu de difficulté et peu de force. Mais si la tumeur que forme l'utérus est très-basse, si elle est près le périnée, et s'il y a tendance à ce que le déplacement augmente, alors, ce qui dans le dernier cas était plutôt conseillé que commandé, peut devenir dans celui-ci plus nécessaire, et il faut chercher à replacer la matrice. Il est aussi convenable de le faire s'il y a beaucoup d'irritation provoquée par l'état de la matrice, et si elle ne cède pas à l'emploi du cathéter et des lavements anodins. Je crains, du reste, que ces efforts ne soient faits avec trop de violence, et qu'ils ne produisent souvent plus de mal que de bien. L'on peut dire que, quoique le danger immédiat ait disparu par l'emploi régulier de la sonde, cependant la matrice peut rester, pendant le reste de la grossesse, dans sa mauvaise position, et donner lieu à une grande difficulté dans le travail, ou aux mêmes accidents qui se manifestent dans une grossesse extra-utérine. Je répondrai seulement qu'il y a tant de cas où la vessie, étant régulièrement vidée, a procuré du soulagement, que je me crois justifié,

---

s'adressa à ce médecin au sixième mois de sa grossesse, ayant eu depuis six mois une rétroversion de la matrice en soulevant un fardeau; l'orifice utérin était dirigé en haut et s'élevait au-dessus du pubis; le fond était séparé de l'anus au moins d'un pouce; le vagin faisait saillie, et le clitoris ou le prépuce et les nymphes étaient élargis. On put retirer l'urine par la sonde qui fut employée le matin et le soir. Tout effort pour réduire échoua, et, comme la malade paraissait moribonde, on fit un effort pour introduire un instrument courbe dans l'orifice utérin, mais on ne put réussir. L'utérus fut donc ponctionné par le rectum, mais il ne s'écoula rien; on introduisit le trois-quarts une seconde fois, et douze onces de liquide amniotique furent retirées. Alors on put replacer la matrice. L'avortement eut lieu au bout de vingt-cinq heures; la malade souffrit beaucoup après, mais elle en revint. *Edimb. journ.*, XXXIII, 257.

(1) Le docteur Hunter cite un cas dans lequel l'utérus se replaça de lui-même immédiatement après que la vessie fut vidée. *Med. obs.*, vol. IV, p. 408. Et dans le second cas de M. Croft, l'utérus remonta tout-à-coup après que, pendant six jours, on eut évacué le liquide. *Lond. med. journ.*, vol. XI, p. 384.

lorsqu'il n'y a pas d'urgence particulière à tenter ce que la nature peut faire avant d'avoir recours à des efforts qui doivent être violents et pénibles.

L'opération pour replacer l'utérus peut être faite en plaçant la malade sur ses genoux et sur ses coudes, de manière à soulever le derrière; ensuite on devra introduire deux doigts dans le rectum, et la tumeur que forme l'utérus sera repoussée lentement, mais avec force, soit directement en haut ou obliquement d'un côté. On peut en même temps essayer avec le doigt dans le vagin à abaisser l'orifice de l'utérus; mais, la proposition d'employer un levier pour cet effet, est non-seulement remplie de danger, mais absolument inutile. On doit donc repousser fortement toutes les tentatives violentes; elles causent une grande douleur et peuvent même provoquer de l'inflammation ou des convulsions : elles ne peuvent être justifiées que par l'intention de prévenir un grand danger. Or, l'on sait que la principale source provient de la distension de la vessie; si par conséquent elle peut être vidée, le danger est ordinairement passé. Quelques auteurs proposent d'introduire une main dans le rectum et l'autre dans le vagin, et par là de faire remonter plus efficacement l'utérus; mais cette opération est très-sérieuse. Un grand obstacle à la réduction naît de ce que le fond s'adapte à la cavité du sacrum, et remplit exactement le cul-de-sac dans lequel on a dit qu'il plongeait. Les muscles abdominaux, réagissant contre nos efforts, refoulent en bas les intestins, ainsi que la vessie, si cet organe n'est pas entièrement vide, contre l'utérus, et notre coopération tend plutôt à relever plus haut l'orifice utérin, qu'à ramener le fond à sa place primitive : on réussirait mieux si l'on pouvait relâcher les muscles. La rétroflexion est plus aisément réduite que la rétroversion; et, à cause du rapport que la tumeur a avec la cavité du sacrum, une pression exercée par le rectum serait plus efficace qu'exercée seule par le vagin. Le praticien doit juger, d'après la position de la tumeur, comment et par où il peut le mieux diriger sa principale pression.

Quand la rétroversion cesse, l'utérus reprend ordinairement et complètement sa position normale. Mais il arrive quelquefois, surtout si le vagin a été très-relâché, que lorsque la rétroversion n'existe plus, l'utérus se trouve très-bas et forme un prolapsus qui persiste pendant quelque temps. Cela demande une grande surveillance à exercer sur les urines et les garde-robes, car il peut occuper le bassin entièrement et avec assez de résistance, et l'on peut presque sentir avec le doigt le fœtus tout entier à travers la matrice.

Quand l'utérus remonte, il s'écoule quelquefois du sang (1); mais l'avortement n'a lieu que lorsqu'il y a eu une grande lésion. Ainsi, la femme a avorté promptement après que la vessie a été déchirée ou plutôt gangrenée, comme chez la malade de M. Lynn, ou lorsque l'inflammation est survenue comme dans les cas rapportés par les docteurs Bell et Ross. Quand cela arrive, la matrice, à la vérité, remonte, mais la malade est emportée par une inflammation du péritoine (2), accompagnée de vomissements de matières noirâtres. L'avortement surviendra généralement si la liqueur amniotique s'est écoulée. La présentation de l'enfant n'est point changée. — Que l'utérus remonte généralement de lui-même lorsque l'urine est régulièrement évacuée et le rectum libre, c'est un fait dont je suis entièrement convaincu d'après ma propre expérience aussi bien que d'après les observations des autres, mais il peut se faire qu'il conserve sa mauvaise position même jusqu'à la fin de la grossesse (3). Dans ce

---

(1) Voyez l'observation de M. Roger *in Act. Havn.*, II, art. 17.

(2) La malade du docteur Ross et celle du docteur Cheston (celle-ci en revint) se plaignirent d'un mal de gorge que le docteur C... regarde comme une marque d'une inflammation lente du péritoine.

(3) Cette circonstance a été notée par différents auteurs, et le docteur Merriman cite un cas très-évident dans le *Med. and phys. journ.*, vol. XVI, p. 38. Madame F. étant enceinte de cinq mois, éprouva une frayeur soudaine, et sentit comme si ses organes à l'intérieur étaient tournés sens-dessus-dessous. Les symptômes toutefois n'étaient pas très-aigus, car elle urinait dans le dernier mois de sa grossesse, quoiqu'avec peine et quelque difficulté. Le 16 juin, elle eut quelques douleurs et un écoulement séreux. On ne pouvait sentir l'orifice utérin, mais on constatait une énorme tumeur semi-globulaire à la partie postérieure du vagin, se dirigeant en bas vers le périnée. Les douleurs amenèrent de la fièvre, et, à la fin, du délire et des convulsions. On la saigna et on lui donna un lavement, ce qui lui procura un peu de sommeil, et les douleurs continuèrent, mais avec modération quoi-

cas-ci, on ne peut dire à la vérité qu'il y a réellement une rétroversion de l'utérus; car il s'est développé tellement, qu'il remplit presque autant l'abdomen que de coutume, mais il s'est développé d'une manière particulière, l'orifice utérin étant toujours dirigé vers la symphyse du pubis, ou même la dépassant. Dans un pareil cas, qui est excessivement rare, le travail doit être très-long et très-pénible. On sera long-temps avant de sentir l'orifice utérin, et il sera perçu pour la première fois au pubis (1). Nous sommes redevables au docteur Merriman de l'explication de ce fait et aussi de l'observation que la terminaison peut être semblable à celle d'une grossesse extra-utérine, c'est-à-dire par suppuration. Un cas semblable, bien caractérisé sous tous les rapports, excepté la suppression des urines, est rapporté par le docteur Barnum (2) comme un exemple de grossesse extra-utérine. Au cinquième mois, après quelque imprudence, la malade éprouva de la douleur, accompagnée d'un écoulement aqueux et d'un peu de sang, ce qui démontre que l'œuf était dans l'utérus. Elle éprouva du soulagement à cette époque; mais le mois suivant (novembre), la douleur revint et on sentit l'orifice utérin dirigé vers le pubis, et le fond vers le sacrum. Tous les efforts pour réduire la matrice échouèrent, la suppuration s'établit, et des os du fœtus furent expulsés par l'anus. La femme mourut au mois de mars. — La rétroflexion de l'utérus ou cet état produit par la courbure en arrière du fond, et du corps sur le col, dans lequel l'orifice utérin est poussé en avant et très-peu haut, se rencontre rarement pendant la grossesse; mais elle est arrivée plus souvent après l'accouchement. Elle doit être traitée d'après le principe général, qui tend à rétablir la position.

que régulières, pendant deux ou trois jours; l'urine et les matières fécales pouvaient passer. Le 20, on ne pouvait sentir rien qui eût la forme du col utérin; mais le 21, on aperçut une substance charnue, épaisse, aplatie, qui descendait dans le vagin, et bientôt après l'utérus rentra dans sa position naturelle. Ce corps se trouva être le crâne de l'enfant renfermant des os désarticulés; on retira l'enfant et le placenta, et la mère se rétablit. Le docteur Dewees a publié une critique sur cette opinion, et prétend que dans tous les cas que le docteur Merriman décrit ou cite, la grossesse était extra-utérine. *Philad. journ*, vol. II, p. 76.

(1) Un cas de ce genre a été dernièrement publié dans le quatrième numéro de l'*Edimb. journal of medical science*, par M. Wyse. On sentait les pieds à l'orifice de l'utérus qui était dirigé vers le pubis, et la tête occupait le bassin. On abaissa les pieds, et la tête fut repoussée en haut en la pressant par le rectum.

(2) Voir New-York, *Med. rep.*, v. 40.

SECTION XXXV. — *De l'antéversion de la matrice.*

L'utérus est quelquefois aussi renversé en avant, c'est-à-dire que le fond est poussé en avant de manière à comprimer le col de la vessie, et son orifice est tourné vers le sacrum (1). Je n'ai jamais vu un seul exemple de cet accident pendant la grossesse, et, à cause de la nature du cas, il doit être très-rare; mais je l'ai vu à la suite d'un développement du fond de la matrice dans l'état de non-gestation. Les symptômes sont : de la pesanteur dans la partie inférieure du ventre, une envie d'uriner, mais de la difficulté à le faire, l'existence d'une tumeur près du pubis, la direction de l'orifice de l'utérus vers le sacrum, et un léger obstacle au passage des matières fécales avec des douleurs d'enfantement. On évacuera les urines et on relèvera le fond; mais, à moins que la cause du déplacement ne soit enlevée, l'on ne peut apporter par-là qu'un soulagement momentané. Nous avons peu de pouvoir sur les tumeurs placées sur le fond de l'utérus ou agissant sur lui; mais le temps effectue souvent un changement attribué au médecin. Le docteur Granville dit qu'il a guéri un cas par des injections astringentes faites dans le vagin, et en appliquant une compresse au-dessus du pubis. Les Français semblent partisans des pessaires. — Il y a un cas d'antéflexion qui est décrit par M. Duges, mais le résultat n'est pas mentionné; seulement il suppose que comme le col

(1) Voir Chambon, *Maladies de la grossesse*, p. 16. — M. Baudelocque cite un cas de la pratique de Choppart, où elle fut produite dans le second mois de la grossesse par un émétique. *L'art. etc.*, § 255. — Levret cite un cas où la maladie fut prise pour un calcul et où on pratiqua la lithotomie. *Journ. de med.*, t. IV, p. 269.

était développé, il se serait redressé. Des courbures latérales se présentent aussi, et l'orifice utérin, ainsi que le fond, sont tous les deux dirigés d'un côté. Même à l'état de non-gestation, on a trouvé la matrice recourbée en arrière et en avant, soit congénitalement, soit à la suite d'une inflammation.

SECTION XXXVI. — *Rupture de l'utérus.*

La rupture de l'utérus, rempli du produit de la conception, peut survenir à toute époque de la grossesse : le moment de l'accident est marqué en général par une douleur violente, quelquefois par des vomissements, et souvent par une tendance à la syncope, qui constitue, dans quelques cas, pendant un long espace de temps, le symptôme le plus apparent (1). La douleur ressemble quelquefois à celle de l'enfantement, mais le plus souvent c'est une colique, et la durée en est variable ; dans quelques cas, il y a une hémorrhagie par le vagin, mais la plus grande quantité de sang s'épanche dans l'abdomen (2) et peut devenir mortelle sans aucune inflammation. Au moment de l'accident, ou peu de temps après, on sent l'enfant qui remue avec force ; puis, les mouvements cessent, la femme éprouve un poids dans le ventre, et si la grossesse est très-avancée, on peut suivre les membres de l'enfant à travers les parois abdominales (3). Si la mort ne survient pas rapidement, la tumeur du ventre diminue généralement (1) : il y a une sécrétion de lait qui indique la mort de l'enfant. Le placenta reste ordinairement dans la matrice, et, dans ce cas-là, il est expulsé par le vagin, plus ou moins en entier, ou dans un état de dissolution, tandis que le fœtus est enveloppé par le mésentère qui est déplacé, par les circonvolutions intestinales et par une couche de lymphe, qui le sépare alors de ce que l'on appelle strictement la cavité abdominale. Si une hémorrhagie ou une péritonite n'enlève pas la malade, comme cela arrive ordinairement, l'on trouve qu'après un certain espace de temps, quelquefois, mais pas toujours, au neuvième mois de la grossesse, des douleurs comme celles de l'enfantement surviennent, disparaissent graduellement, et l'enfant est gardé plusieurs années (2) enfermé dans une espèce de kyste, ou bien il survient une inflammation et un abcès, et l'enfant est expulsé par morceaux (3). Mais quelques auteurs nient

(1) Voir le docteur Underwood Case *in Lond. med. journ.*, vol. VII, p. 521.

(2) On retrouve un cas remarquable dans *Medical facts.*, vol. III, p. 171, rapporté par Canestrini, dans lequel la femme avait un utérus double ; un des utérus, après quelques douleurs, se rompit au quatrième mois. On trouva l'œuf tout entier dans l'abdomen ; il y avait un grand épanchement de sang.

(3) Un cas de jumeaux est rapporté par le docteur J. Hamilton ; l'utérus était si mince, que l'on pouvait même sentir les sutures de la tête à travers les parois abdominales. Des douleurs violentes étaient produites par le mouvement de l'enfant. On sentait l'utérus très-léger et la femme avait éprouvé une forte contusion. Ce cas avait une grande ressemblance sous quelques rapports avec une rupture de l'utérus, mais elle accoucha heureusement de deux enfants. *Cases*, p. 124.

(1) Quelquefois la tumeur augmente. — Dans le cas rapporté par le docteur Percival, le ventre devint plus volumineux après l'accident et resta dans cet état pendant environ un an ; alors il s'affaissa tout-à-coup lorsque la femme était dans une position horizontale. *Med. comment.*, vol. II, p. 77.

(2) Dans le cas du docteur Percival, le fœtus fut gardé 22 ans, et puis il fut rendu par le rectum.

(3) Le cas du docteur Drake, où l'utérus parut se rompre au quatrième mois, se termina par une suppuration à l'ombilic ; des matières fécales s'écoulèrent pendant quelque temps par l'ouverture. *Phil. trans.*, vol. XLV, p. 121. — Une blanchisseuse de Brest éprouva une rupture de l'utérus au septième mois, à la suite d'une chute. *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1709. — Guillerm, dans le même ouvrage pour l'année 1709, cite une femme qui eut une rupture de la matrice au sixième mois ; elle s'évanouit aussitôt, et il s'établit un écoulement par le vagin. L'enfant fut expulsé par l'anus. — Voir aussi les cas du docteur Percival, de M. Wilson, etc. Si cet accident n'a pas été confondu avec une grossesse extra-utérine, il est arrivé à dix semaines de grossesse. *Rev. med.*, 1225, p. 155. — Il est probable que le cas rapporté par Bertrand était plutôt une rupture qu'une grossesse extra-utérine. Les symptômes survinrent au huitième mois et se terminèrent par une rupture des parois abdo-

cette assertion et soutiennent que dans tous ces cas la grossesse était extra-utérine. — Quoique en général le fœtus soit chassé dans l'abdomen et que le placenta reste dans la matrice, cependant il paraîtrait que le produit en entier de la conception peut être poussé dans l'abdomen, et, dans ce cas-là, l'enfant peut vivre encore quelque temps, quoique hors de la matrice. Quand cela arrive, ses mouvements sont plus libres et plus forts qu'auparavant. Comme l'orifice de l'utérus s'ouvre un peu après l'expulsion, et qu'un écoulement sanguin survient avec ou sans des portions du placenta, on a supposé quelquefois que la femme avait fait une fausse couche. Si elle survit, la matrice décroît lentement de volume et revient à l'état de non-gestation (1), ce qui aidera beaucoup à distinguer cette grossesse d'avec la grossesse extra-utérine existant dès le commencement. Les règles reviennent, et, quoique le ventre ne s'affaisse pas complètement, cependant la personne continue à se porter assez bien, à moins qu'il ne survienne une inflammation : elle peut même devenir enceinte avant d'être débarrassée de sa grossesse extra-utérine (1). Si le cas doit être mortel, le pouls devient rapide et petit, le ventre douloureux, les forces diminuent, et quelquefois un vomissement continuel accélère la mort (2). — Il s'est présenté des cas où la rupture n'était pas complète, mais limitée au péritoine et à la surface externe du tissu de l'utérus. Ceci peut se produire par des causes extérieures, mais plutôt par la contraction de l'utérus lui-même au commencement du travail. Une hémorrhagie dans l'abdomen, seule ou suivie d'inflammation, devient mortelle.

La rupture de l'utérus peut être la

---

minales. L'enfant fut ainsi expulsé et la malade en revint. *Nouv. journ.*, t. xv, p. 521.

(1) Dans le *Journ. de méd.* pour l'année 1780, on trouve l'observation d'une femme qui avait eu une rupture d'utérus au quatrième mois de sa grossesse; la lésion fut suivie d'une hémorrhagie utérine qui dura quelque temps. Les menstrues revinrent, mais le ventre ne s'affaissa pas; au neuvième mois, elle mourut; on trouva la matrice de grandeur ordinaire, mais la déchirure était à peine perceptible. L'utérus, pendant quelque temps, ne revient pas à son état de vacuité comme le prouve le cas suivant que j'ai vu dernièrement : Anne Nielson, âgée de vingt-quatre ans, tomba par terre un mois avant que cette note fût écrite, étant alors au neuvième mois de sa première grossesse. Elle sentit au même moment comme si quelque chose s'était déchiré à l'ombilic, et s'aperçut que son enfant remuait plus qu'à l'ordinaire. Ceci continua encore deux jours, après quoi elle ne sentit plus de mouvement. Au bout de deux ou trois jours après l'accident, elle fut prise de douleurs irrégulières, principalement autour du ventre, douleurs qui diminuaient plutôt qu'elles n'augmentaient d'intensité. Le ventre s'était affaissé considérablement; il était dur, surtout au-dessus de l'ombilic, vers l'estomac. L'ombilic lui-même était mou et proéminent, les selles étaient régulières, l'urine normale, la langue claire, la chaleur naturelle; il y avait 84 pulsations et des frissons passagers. En examinant par le vagin, l'on sentait la partie inférieure de la matrice molle et tubulée, ne ressemblant pas plus à un utérus à l'état de vacuité, qu'à celui dans l'état de gestation; elle descendait dans le vagin comme un cône charnu renversé. Après quelque degré d'attention, on découvrit l'orifice utérin à la partie inférieure, ou plutôt un peu en arrière; il n'avait point de lèvres saillantes, comme dans l'état de non-gestation, mais en pressant avec le doigt, on sentait une ouverture avec des bords minces, et le bout du doigt pouvait être introduit un peu en avant à l'intérieur. On découvrait la tête de l'enfant entre l'utérus et le pubis; on ne pouvait sentir aucun membre distinct à travers les parois abdominales. — Le docteur Jeffray possède une préparation de fœtus renfermé dans une espèce de kyste, qui fut trouvé chez une femme qui avait porté l'enfant pendant plus de vingt ans. La rupture avait été occasionnée par une chute.

(1) Voir *Journ. de méd.*, t. v, p. 422.

(2) Dans le *Journ. de méd.* pour l'année 1780, on trouve l'histoire d'une femme qui, au mois de janvier, fut pressée entre un mur et une voiture; elle éprouva une rupture de l'utérus. A l'instant elle sentit une vive douleur dans le ventre, un écoulement se fit par le vagin, qui dura en quantité variable pendant six semaines. Les forces diminuèrent graduellement, et au mois de juin elle commença à vomir, ce qui dura plusieurs jours, après quoi elle mourut. On trouva l'abdomen enflammé et renfermant les restes d'un enfant en putréfaction. On voyait la déchirure à la matrice.

conséquence d'une agitation mentale (1), mais dans la plupart de cas elle est due à une violence extérieure (2), quelquefois à un effort (3) ou à des convulsions. — Lorsque la rupture de l'utérus a lieu pendant la grossesse et avant le travail, trois modes de traitement se présentent d'eux-mêmes. Délivrer l'enfant par les voies naturelles, pratiquer l'opération césarienne, ou abandonner le tout à la nature. Dilater l'orifice utérin avec force et extraire ainsi l'enfant, c'est une proposition si téméraire et si hasardeuse que je ne connais personne aujourd'hui qui voulût l'adopter. Je mets en question si la femme pourrait vivre jusqu'à la fin de l'opération; mais assurément, si la déchirure communiquait avec le vagin, ou s'il existait toute autre circonstance, ou s'il survenait quelque changement dans l'orifice de l'utérus qui rendît la délivrance par le vagin praticable, sans grande violence ni grande irritation, on devrait l'accomplir. L'opération césarienne est plus sûre lorsque l'orifice de l'utérus est rigide, et sous tous les rapports elle est préférable aux violents efforts qu'il faut faire pour le dilater. Mais l'on ne peut encore par l'expérience en déterminer les avantages, et certainement il ne faudrait pas la pratiquer, à moins que par elle on ne puisse sauver l'enfant, ou que la malade ne soit à une période avancée de sa grossesse. La troisième proposition d'abandonner le tout à la nature, comme pour une grossesse extra-utérine, a le plus de chance pour elle, surtout lorsque la rupture survient dans les premiers mois de la grossesse; et elle doit avoir la préférence, à moins que les circonstances ne nous invitent à agir autrement. L'on trouve, d'après le résultat des cas de rupture d'utérus avant les douleurs du travail, lorsque l'orifice de la matrice n'a pas été dilaté ou compris dans la déchirure, que la malade a le plus de chances de revenir si l'on se contente de combattre les symptômes et d'ôter l'inflammation dans la première période, de soutenir les forces de la malade pendant la marche de la maladie, si elle ne devient pas promptement mortelle; de prescrire le repos, un régime doux, de favoriser l'expulsion des os par des cataplasmes et des fomentations, et, s'il est nécessaire, d'ouvrir l'abcès s'il fait saillie à l'extérieur (1); quand il y a un

(1) La malade du docteur Percival attribuait cet accident à une frayeur. Celle du docteur Underwood attribuait le sien à un trouble mortel. Celle de M. Dubaque à la colère.

(2) Chez la malade du docteur Wilson, l'accident fut produit par un coup de pied. Elle se plaignit de douleurs toute la nuit qui suivit, et, le lendemain, elle eut un écoulement sanguin par le vagin. Bientôt après, elle fut prise d'une douleur violente. Le fœtus fut à la fin expulsé par un abcès qui s'ouvrit à l'extérieur. (*Annals of med.*, vol. II, p. 317, et vol. IV, p. 401.) — La malade du docteur Garthshore attribue son accident à un exercice violent. *Med. journ.*, vol. VIII, p. 334. — La malade de M. Goodsir à un effort. *Annals of med.*, vol. VII, p. 412. — Dans le cinquième et sixième volumes du *Journ. de méd.*, il y a deux cas : le premier causé par une chute du haut d'un arbre, le second par le passage d'une roue de voiture sur le corps; on pourrait, s'il était nécessaire, ajouter d'autres exemples.

(3) Dans le cas de M. Shillito, les symptômes du travail se déclarèrent au septième mois après un effort; le lendemain, la femme éprouva deux violentes douleurs et rien de plus; le troisième jour, elle eut du frisson, de la fièvre et une inflammation abdominale, avec un écoulement abondant par le vagin d'une matière noirâtre et repoussante, lequel dura jusqu'au quinze; alors elle rendit de l'eau, du pus et la partie membraneuse du placenta. En examinant, on remarqua que l'orifice utérin avait disparu, mais on trouva à sa place une ouverture qui communiquait avec l'abdomen; l'enfant fut senti et ensuite extrait. La femme mourut douze ou vingt-cinq jours après la rupture. On trouva que l'enfant avait été enveloppé dans un nouveau sac.

(1) Une femme fit une chute à une époque avancée de sa grossesse; quatre semaines après elle éprouva les symptômes de l'accouchement. L'orifice utérin était tuméfié et ouvert, et une mucosité sanguinolente s'en écoulait. La femme était en proie à des maux de cœur, à de la faiblesse et à la fièvre hectique. Ensuite l'ombilic s'enflamma, et le docteur Miller en retira un enfant à l'état de putréfaction. *Edimb. journ.*, t. XXXI, p. 444. — Le docteur Macartney cite le cas d'une femme qui, dans le neuvième mois, eut une rupture de la matrice occasionnée par un coup de pied d'une vache. L'enfant fut gardé dans l'abdomen sans produire aucun symptôme grave. *Dubl. journ.*, t. VII, p. 412.

grand épanchement dans l'abdomen, il y a peu de chances pour le traitement, car la malade succombe rapidement

Quelquefois la matrice, dans les premiers mois de la grossesse, est ouverte par une espèce d'ulcère et même par une espèce de gangrène. L'un ou l'autre de ces états procède d'une maladie préalable dans une partie de la matrice. De la douleur peut accompagner les progrès du mal. Mais dans les cas qui sont à ma connaissance il n'y en a point eu. La personne sans cause apparente est prise de grands maux de cœur, d'évanouissements qui en quelques heures emportent la malade. A l'examen, on trouve une grande quantité de sang épanché dans le bassin ou dans la cavité abdominale et peut-être un fœtus au milieu des caillots. Mais cet accident provient plus souvent d'une ouverture de la trompe que de l'utérus.

SECTION XXXVII.—*Des fausses couches et du traitement des femmes enceintes.*

La période ordinaire de la grossesse est de neuf mois, mais le fœtus peut être expulsé plus tôt. Si l'expulsion a lieu dans les trois derniers mois, on dit que la femme a un accouchement prématuré; si elle se fait avant cette époque, on dit qu'elle fait une fausse couche, ou qu'elle avorte. Le travail de l'avortement consiste en deux parties : le détachement et l'expulsion; mais elles n'ont pas toujours un rapport uniforme l'une avec l'autre eu égard à leur durée et à leur gravité. La première produit une hémorrhagie, la seconde de la douleur; car l'une s'accompagne de la rupture des vaisseaux, et l'autre de la contraction des fibres musculaires. La première peut exister sans être suivie de la seconde, mais la seconde augmente toujours et complète la première. Les symptômes de l'avortement doivent donc être ceux que produisent la séparation de l'œuf et la contraction de la matrice. A ceux-ci, qui sont essentiels, on peut en ajouter d'autres plus accidentels qui en sont la conséquence et qui varient suivant la constitution et les habitudes de la malade. — L'œuf peut être expulsé à différentes époques de sa croissance, et les symptômes dans la même période varient en intensité et en durée. Les progrès de la grossesse peuvent s'arrêter avant que l'œuf ne soit très-visible et lorsque les membranes caduques seules sont distinctes. Dans ce cas, qui arrive trois semaines après la conception, les symptômes sont très-semblables à ceux de la ménorrhagie. Il y a toujours un écoulement considérable de sang qui se coagule ou forme des caillots, ceci s'accompagne des marques d'une irritation utérine, comme de la douleur dans le dos, dans les aines; souvent d'affections spasmodiques des intestins, et quelquefois d'un état légèrement fébrile du système. Dans les constitutions pléthoriques, et quand l'avortement provient d'une surexcitation ou d'une action hémorrhagique des vaisseaux utérins, la fièvre est idiopathique et précède l'écoulement. Dans d'autres circonstances elle manque, ou, quand elle se présente, elle est symptomatique et provient seulement de la douleur ou de l'irritation. Comme la membrane caduque est mince et aisément désorganisable, on ne peut la découvrir facilement dans le sang qui s'est écoulé; on ne voit rien que du coagulum, et celui-ci, comme dans les autres cas d'hémorrhagie utérine, est si dense, et les globules, ainsi que la lymphe, sont tellement disposés de manière à lui donner, surtout s'il a été gardé quelque temps dans l'utérus ou dans le vagin, une apparence fibreuse, qu'on le prendra pour un corps organisé. — La seule interruption à l'écoulement sanguin dans ce cas d'avortement provient de ce qu'il se forme des caillots, qui, du reste, sont bientôt déplacés. Les femmes, si elles sont pléthoriques, souffrent quelquefois beaucoup de l'abondance de l'écoulement, mais en général elles en reviennent bientôt.

Si l'œuf a acquis le volume d'une noix, les symptômes sont un peu différents. L'utérus fait un effort pour se contracter, ce qui auparavant n'était pas nécessaire. Il y a des douleurs plus ou moins régulières dans le dos dans la région hypogastrique. Il y a un plus grand trouble dans les viscères abdominaux, particulièrement dans l'estomac. La perte est abondante, et l'on peut observer souvent de petites portions de substance fibreuse. Quelquefois l'on peut découvrir la petite poche dans le premier écoulement sanguin que l'on trouve être striée par des vaisseaux pâles qui lui donnent l'apparence comme si elle avait été légèrement macérée. Dans d'autres cas elle s'est enveloppée dans la partie vasculaire, ou bien elle est détruite et l'on ne peut découvrir que la membrane caduque déchirée, mais conservant encore la forme

de la cavité utérine. Quand tout le contenu est expulsé, l'écoulement sanguin continue encore quelques heures et puis il est remplacé par un liquide séreux. A cette époque, et dans un avortement plus retardé, si les symptômes se succèdent graduellement, l'on peut quelquefois voir sortir une matière gélatineuse avant l'apparition de l'hémorrhagie. — Si l'utérus contient plus de matière organique et vasculaire comme dans le commencement du troisième mois, la vésicule ne s'échappe jamais la première, mais la femme éprouve pendant quelque temps un écoulement sanguin accompagné ou suivi de douleurs utérines, ensuite la partie inférieure où le court pédoncule de l'œuf est expulsé gorgé de sang, puis vient la partie supérieure également lésée. Quelquefois le tout sort à la fois et en entier, mais c'est rare. Alors une forte contraction de l'utérus est nécessaire et les douleurs sont assez aiguës. Le trouble de l'estomac est aussi plus grand qu'auparavant; il donne lieu à des maux de cœur ou à des évanouissements qui sont un moyen naturel pour calmer l'émorrhagie. Quand les membranes viennent à occuper une plus grande partie de la matrice, et qu'il existe une plus grande différence entre le placenta et la caduque, alors il se fait un changement dans le travail; les douleurs d'expulsion sont plus fortes et plus régulières dans leurs attaques, la perte est plus grande à cause du plus grand volume des vaisseaux. Mais il n'y a pas toujours alors une plus grande perte de sang que dans une époque moins avancée, car les caillots se forment promptement à cause des évanouissements passagers ou pour d'autres raisons, et ils interrompent l'écoulement jusqu'à ce qu'ils soient déplacés par une nouvelle contraction. Souvent les membranes cèdent et le fœtus s'échappe avec la liqueur amniotique, tandis que le reste de l'œuf est gardé quelques heures ou même quelques jours (1), et alors il est expulsé avec du sang coagulé qui peut être séparé et qui empêche de distinguer les différentes parties ou les différentes couches. La rétention de l'arrière-faix, lorsqu'elle s'accompagne d'une hémorrhagie considérable ou répétée, dépend le plus souvent d'une contraction spasmodique de l'utérus qui embrasse une très-petite portion de la partie supérieure du placenta. D'autres fois les portions fœtales et maternelles se séparent l'une de l'autre, et les premières sont expulsées avant les secondes, et forment une très-belle préparation. Dans quelques cas rares on trouve tout l'œuf expulsé en entier et parfaitement conservé. Après l'expulsion l'hémorrhagie disparaît et est remplacée par un écoulement qui ressemble un peu aux lochies. Souvent le ventre se tuméfie pendant quelque temps, les maux de cœur continuent le matin, les seins se gonflent, et du lait est sécrété, de sorte que si les produits de la conception n'ont point été vus, il est difficile pendant quelque temps de dire si l'avortement a été complet. Quand l'utérus se débarrasse du fœtus à une époque peu avancée, il donne au toucher par le vagin la sensation d'une matrice à une époque plus avancée de la grossesse. Et si les muscles abdominaux sont durs, et l'hypogastre tendu ou plein, un praticien inattentif pourra commettre une très-grosse faute.

Dans les cas de jumeaux, après qu'un enfant a été expulsé, soit seul ou avec son arrière-faix, l'écoulement s'arrête quelquefois, et la femme continue d'aller assez bien pendant quelques heures, et même pendant un ou deux jours jusqu'à ce que le travail recommence, et, si elle a fait quelque effort, il y a généralement une perte assez prompte et assez abondante. C'est une raison entre plusieurs autres de tenir les femmes au lit plusieurs jours après l'avortement; le second enfant peut être gardé jusqu'à terme. — Il y a souvent, pendant un espace de temps plus ou moins long avant le commencement de l'avortement, de la douleur et une action irrégulière dans les parties voisines, qui annoncent son approche, avant que l'écoulement ou que la contraction ne survienne (1), à moins qu'il n'arrive à la suite d'une violence, et alors l'écoulement peut paraître à l'instant; c'est le moment où notre intervention est la plus efficace pour prévenir l'avortement. Je n'ai pas besoin d'ajouter que nous ne devons pas con-

(1) Dans tous les cas, le placenta est gardé beaucoup plus long-temps après l'expulsion du fœtus dans l'avortement, que dans un accouchement à neuf mois.

(1) Dans quelques cas, de la douleur et de la tension se font sentir dans les seins avant l'avortement, et la malade a de la fièvre.

fondre ces symptômes avec des douleurs plus chroniques qui accompagnent la grossesse; il y a une grande variété, eu égard aux symptômes et à la durée de l'avortement. Dans quelques cas, les douleurs sont très fortes et long-temps continuées; dans d'autres, elles sont légères et de peu de durée, et le degré de la douleur n'est point toujours une marque exacte de la force de la contraction. Quelquefois l'hémorrhagie est abondante (1) et alarmante; d'autres fois, quoique les circonstances ne paraissent pas très-différentes, elle est modérée et peu considérable; souvent les effets sympathiques sur l'estomac et sur les intestins produisent à peine de la gêne, tandis que dans un plus grand nombre de cas ils forment les symptômes les plus apparents. La contraction spasmodique de la matrice est généralement accompagnée de maux de cœur, de vomissements et d'évanouissements. L'orifice utérin devient toujours mou et s'ouvre pendant l'avortement; quelquefois on le trouve placé très-haut et très en arrière, et, dans ce cas-là, on sent la surface antérieure de l'utérus qui descend dans le vagin, comme dans un certain degré d'antéversion.

J'ajouterai que, toutes choses égales d'ailleurs, on trouvera que plus la grossesse dépasse le troisième mois, et plus elle approche de la fin du sixième, moins il y a de chance que l'avortement soit accompagné d'une affection nerveuse, mais plus il y en a qu'il en sera suivi. — Comme les symptômes varient, il en est de même aussi de la durée de l'avortement; car, tandis que chez un grand nombre, quelques heures, et dans la majorité des cas, à peine quelques jours suffisent pour que le travail soit terminé, on trouve d'autres cas où il faut un plus long espace de temps, et où un certain nombre de semaines s'écoulent avant que l'expulsion n'ait lieu. — Dans quelques cas, l'enfant paraît être mort depuis long-temps avant que les symptômes qui accompagnent l'expulsion ne se présentent; mais, dans la grande majorité des cas, il vit encore lorsque les premiers signes de l'avortement se manifestent, et dans quelques-uns, il naît vivant. Les signes qui nous font penser que l'enfant qui est dans l'utérus est mort, sont la cessation brusque des maux de cœur qui surviennent le matin, ou celle de quelqu'autre symptôme sympathique qui peut se présenter. Les seins s'affaissent si du lait a été déjà sécrété; il disparaît quelquefois, mais le plus souvent c'est le contraire qui arrive, et l'on ne voit de sécrétion apparente que lorsque le travail de la grossesse cesse, ou lorsque du moins la vie a abandonné l'enfant. Cependant, dans presque tous les cas, on trouvera que les seins ont perdu de leur fermeté. Si la grossesse avait dépassé l'époque où l'enfant remue, les mouvements ne se feront plus sentir, et ils seront remplacés par un sentiment de pesanteur vers le bassin. Lorsque l'on observe tous ces signes, et qu'ils sont suivis d'une perte, surtout lorsqu'ils sont accompagnés de douleur, il n'y a pas de doute que l'expulsion n'ait lieu, et il serait maladroit de la prévenir. Il ne faut pas cependant conclure que l'enfant soit mort parce qu'il ne remue pas, et quand l'avortement menace avant l'époque où l'enfant remue, ce signe ne doit entrer pour rien dans notre considération. Le stéthoscope peut seul servir, après le cinquième mois, à découvrir le bruit du cœur.

Quand l'œuf est détruit à une époque peu avancée, et lorsqu'il n'est pas immédiatement expulsé, l'on trouve que les signes sympathiques de la grossesse disparaissent, et souvent un liquide séreux ou laiteux s'écoule des mamelons; la femme éprouve de la langueur et de la chaleur pendant la nuit, des maux de cœur ou des symptômes hystériques, il s'établit par le vagin un écoulement d'un liquide fétide et noir, souvent entremêlé de petits grains comme ceux du tabac. Cet écoulement dure jusqu'à ce que tous les débris de l'œuf soient expulsés, et alors la santé et la gaîté reviennent. — Si à une époque plus avancée l'œuf reste après la mort de l'enfant, il se convertit soit en une môle, soit en hydatides, et cela peut arriver à une époque peu avancée de la grossesse. Ces cas ont été déjà remarqués. En général, il est plus prudent de combattre les symptômes et d'attendre la dilatation de l'orifice utérin et la présence des douleurs; alors on se conduira d'après les circonstances existantes. Soit que l'œuf se putréfie ou subisse un changement en hydatides, on doit s'attendre à ce que les vaisseaux

(1) Les femmes qui sont pléthoriques perdent généralement beaucoup de sang, à moins que les contractions n'aient été fortes. Dans quelques cas, la perte s'est élevée à cinq ou six livres de sang.

Burns.

utérins, n'étant plus employés à nourrir le fœtus, diminueront et deviendront d'un volume suffisant pour alimenter, dans le premier cas, l'utérus, et dans le second cas, pour entretenir la substance adhérente à la surface interne de la matrice; car il y a une communication entre l'utérus et elle, et une perte sanguine accompagne l'expulsion, soit d'une môle, soit d'hydatides. Tandis que d'un autre côté, si l'œuf a été entièrement détruit, et qu'il soit tombé en putréfaction, l'écoulement est plutôt une sanie putride que du sang rouge. — L'avortement peut très-bien se diviser en avortement accidentel et en habituel. On peut aisément saisir les causes excitantes de la première classe, tandis que celles de la seconde sont souvent plus obscures, et si l'on n'y fait grande attention, la femme continuera de faire des fausses couches jusqu'à ce que la stérilité ou quelque maladie mortelle en soit la conséquence. Dans un grand nombre de cas, il n'y a pas de causes prédisposantes à l'avortement, comme par exemple, lorsqu'il est produit par des coups, par la rupture des membranes ou par la séparation accidentelle de la membrane caduque; mais, lorsqu'il se présente sans aucune cause excitante visible, on peut supposer qu'il existe quelque prédisposition, et souvent elle consiste en une imperfection dans l'action utérine causée par l'âge, par d'anciennes fausses couches et par d'autres causes. Il est bien reconnu que les femmes ne peuvent avoir d'enfants que jusqu'à un certain âge, après lequel la matrice n'est plus capable de soutenir l'action de la grossesse ou de la remplir convenablement. Or, il est d'observation que cette incapacité ou imperfection arrive plus tôt chez les femmes qui sont âgées lorsqu'elles se marient, que chez celles qui se sont mariées et ont commencé à être mères de bonne heure. Ainsi, l'on trouve qu'une femme qui se marie à quarante ans sera très-exposée à faire une fausse couche, tandis que si elle s'était mariée à trente, elle aurait pu avoir des enfants, même après quarante ans, d'où l'on peut conclure que les organes de la génération perdent leur énergie plus tôt lorsqu'ils sont dans l'inaction que dans l'état du mariage. La même cause qui tend à produire l'avortement à un certain âge chez les femmes qui sont restées vierges jusqu'à cette époque, agira aussi, mais dans un temps plus reculé chez celles qui ont été mariées plus jeunes; car chez elles, l'on trouve qu'après avoir porté plusieurs enfants, il n'est pas rare qu'elles finissent par des fausses couches, ou bien quelquefois, après cette action incomplète, l'utérus, au bout d'un temps considérable, reprend de nouvelles forces, et la femme porte son enfant jusqu'à neuf mois, après quoi elle cesse de concevoir.

J'observerai en second lieu, qu'un avortement fraie la route à un autre, parce qu'en mettant de côté les autres circonstances, il donne à la matrice une tendance à arrêter les progrès de la grossesse à une époque peu avancée, à partir de la conception; c'est pourquoi il est difficile de faire arriver une femme à terme lorsqu'elle a fait de fréquentes fausses couches. On a aussi expliqué ce fait d'après ce principe, que des avortements répétés affaiblissent l'utérus (1), et certainement cela peut avoir quelque influence. L'action répétée des causes qui produisaient autrefois l'avortement peut aussi expliquer, dans beaucoup de cas, leur renouvellement; mais je suis aussi porté à l'attribuer quelquefois à l'habitude seule, et j'entends par-là cette tendance qu'a une partie à répéter ou à continuer le mode d'action qu'elle a fréquemment parcouru, comme nous le voyons dans les maladies de l'estomac et du larynx. Les affections spasmodiques de ces organes et des autres sont sujettes à revenir à la même heure pendant longtemps. Pour l'utérus, Schulzius rapporte l'exemple remarquable d'une femme qui, malgré tous les remèdes, fit vingt-trois fausses couches au troisième mois. Dans ce cas, et dans les autres cas semblables, les plus légères causes agissant à l'époque où l'avortement était déjà survenu, suffiront pour le produire. — L'on remarque aussi que l'abus excessif des plaisirs vénériens détruit la force des organes de la génération, en rendant la femme stérile, ou bien la dispose aux fausses couches en affaiblissant ces organes. — Quelque légère altération de structure dans une partie de la matrice peut, en influençant son mode d'action, sinon empêcher la conception, du moins arrêter les progrès de la grossesse et produire une expulsion prématurée. Si toutefois la partie

(1) « Per hanc vero consuetudinem nihil aliud intelligo, quam pravam vasorum uteri laxitatem, et inde provenientem humorum stagnationem ex abortiendi labore sæpius repetito inductam. » Hoffmann, t. III, p. 180.

altérée est très-petite et placée près l'orifice utérin, il est possible que la grossesse arrive à terme, et généralement c'est ce qui a lieu; mais le travail, comme on peut le prévoir, sera très-long. Je connais un cas où une partie considérable de la matrice, je pourrais dire presque la totalité, se trouvait être, après la délivrance, dure et presque ossifiée; mais cet état n'a pu exister avant la conception, car je ne puis m'imaginer qu'une aussi grande quantité de la matrice ait été primitivement malade, et que cependant la conception et l'action consécutive aient eu lieu. Il est moins difficile de croire que pendant le développement de l'utérus les vaisseaux ont déposé une matière osseuse ou cartilagineuse, au lieu de fibres musculaires.

Une faiblesse générale de l'économie qui doit modifier l'action de l'utérus, en même temps que celle des autres organes, doit être considérée comme donnant naissance à l'avortement, mais non aussi souvent qu'on l'a supposé dans un temps.— Une faiblesse locale de la matrice existe quelquefois lorsque l'économie générale n'est pas très-affaiblie, ou bien, lorsque la constitution est délicate, l'utérus peut être plus faible en proportion des autres organes. La simple faiblesse, toutefois, est rarement la seule cause de l'avortement, car dans la plupart des cas elle est liée à un état voisin d'un trouble dans l'action de l'économie, et d'une irritabilité morbide; dans aucun de ces cas, l'utérus ne peut remplir ses fonctions avec l'activité et la perfection nécessaires, mais il est sujet après un certain temps à s'arrêter. L'on ne peut agir, avec les médicaments, directement sur la matrice; mais on le peut indirectement en fortifiant le système général et en surveillant toutes les fonctions remplies par les autres organes, et particulièrement celles de la digestion. Les bains de mer sont très-utiles, et après la conception il faut se mettre en garde contre toutes les causes qui pourraient provoquer l'avortement. Les femmes de cette classe sont généralement pâles, d'une constitution faible et mauvaise, et elles sont sujettes à une menstruation irrégulière souvent copieuse, ou bien à des fleurs blanches. Quand elles ont conçu, le bain froid, une nourriture légère et facile à digérer, la liberté du ventre et le plein air doivent leur être prescrits; et si quelque sensation désagréable se fait sentir vers l'utérus ou le dos, ou si le pouls est vibrant, on tirera un peu de sang et la femme gardera la chambre pendant quelques jours. La saignée empêche la matrice d'être congestionnée, et cette précaution est aussi nécessaire que celle d'empêcher l'estomac d'être trop chargé dans une maladie dyspeptique. D'un autre côté, si nous saignions copieusement, nous pourrions troubler l'action de la matrice et détruire l'enfant.

On a supposé que l'avortement pourrait naître d'une rigidité de la matrice, qui l'empêcherait de se distendre; mais l'utérus ne se laisse pas distendre comme une partie morte sur laquelle on exercerait une pression, mais il se développe, et par conséquent je crains que l'on ne prenne ici l'effet pour une cause première. — L'utérus n'est pas seulement affecté par les conditions morbides générales de l'économie, surtout celles qui dépendent de la sensibilité et de l'état des vaisseaux sanguins, mais il sympathise aussi avec les principaux organes et peut subir des changements en conséquence des altérations dans l'état de ces organes. — Ainsi l'on trouve que la perte de tonicité, ou le manque d'action de l'estomac, produit l'aménorrhée, et elle peut aussi, d'après le même principe, causer l'avortement. D'un autre côté, l'action de l'utérus peut influencer celle des autres viscères, comme l'on voit dans la phthisie pulmonaire, qui quelquefois, dans sa première période, s'arrête dans ses progrès pendant la grossesse; ou bien, si un organe est prédisposé à être malade, l'avortement répété en partie à cause de la sympathie, entre la matrice et cet organe, et en partie à cause de la faiblesse qu'il cause et la lésion générale qu'il occasionne à toute l'économie, peut favoriser l'action irrégulière ou morbide de l'organe ainsi prédisposé. — Comme l'action de la matrice est augmentée pendant la grossesse, elle doit requérir une plus grande puissance nerveuse, et quoique le volume des nerfs de l'utérus soit accru, cependant nous devons chercher jusqu'à un certain degré de quoi y suppléer, dans les troncs nerveux, ou dans une plus large portion de la substance nerveuse d'où ils émanent; car l'on sait très-bien que la quantité d'énergie dépensée dans un organe ne dépend pas de la grosseur du nerf qui se rend dans sa substance, mais du tronc qui lui donne naissance. Lorsqu'une action devient plus forte dans un organe, elle doit périr, ou les gros nerf

doivent envoyer aux branches plus de fluide nerveux; car les branches elles-mêmes ne peuvent le former, étant seulement destinées, par leurs extrémités, à le répandre; d'où il suit que, dans la grossesse, l'utérus doit recevoir une plus grande énergie, qui doit être moindre ailleurs. On trouve aussi que l'action augmentée dans un organe peut produire une diminution dans l'action d'un autre, à moins que l'excitation ne provoque l'action générale au-dessus du degré naturel, et la conséquence est que les forces ne suffisent pas pour l'action, qui devient irrégulière, et l'économie finit par s'épuiser, comme l'on voit dans les états fébriles.

Or, comme il y a une augmentation d'action dans l'utérus pendant la grossesse, qui demande une plus grande quantité de forces pour la maintenir, l'on voit que l'économie est placée pour un moment dans un état anormal, et elle est forcée à créer une plus grande puissance, ce qui ne peut se faire qu'aux dépens de quelque autre partie. Ainsi, la fonction de la nutrition, ou l'action par laquelle la matière organique est déposée à la place de celle qui est absorbée, devient moins forte ou diminue, et la personne maigrit, ou bien l'estomac ou les intestins perdent un peu de leur énergie, ce qui produit de la constipation et du gonflement; si aucune partie ne perd de sa vitalité, s'il ne se produit point plus de forces vitales que de coutume, la grossesse ne peut continuer, ou bien elle se fait imparfaitement. De là, quelques femmes ont des fausses couches parce qu'elles sont trop peu impressionnables, c'est-à-dire parce que tous les organes continuent de fonctionner avec la même énergie et la même perfection. — Une cause toute opposée peut prédisposer à l'avortement, c'est lorsque les organes cèdent trop facilement, et permettent à l'utérus d'agir avec trop d'énergie. Dans cet état, l'utérus est exposé à faillir comme l'est l'économie générale lorsqu'elle a atteint le plus haut degré d'action qui soit compatible avec la santé. La plus légère cause la trouble. Ainsi, les intestins se laissent influencer trop promptement, et deviennent presque languissants; de sorte que c'est avec difficulté que l'on procure à la malade des garde-robes; dans ce cas, la constipation n'est pas une cause d'avortement, quoiqu'elle soit nuisible. De la même manière, le système musculaire peut céder et devenir faible, et, dans ce cas, on regarde la débilité comme la cause de l'avortement, quoique en réalité elle ne soit l'effet que d'une trop grande énergie déployée pour l'utérus. Dans ce cas-ci, la femme est toujours plus faible pendant la menstruation et la grossesse qu'à toute autre époque. Si les parties voisines ne se prêtent pas au déplacement des forces vitales, et n'agissent pas de concert avec la matrice, leur action devient irrégulière, et par conséquent pénible. Dans cet état, l'utérus peut conserver son degré convenable de puissance et d'action, mais les autres parties peuvent ne pas agir aussi bien dans ce changement de circonstances, c'est ce qui arrive dans la première période de la grossesse. Avec le temps, les parties finissent par fonctionner mieux. Ce malaise cause souvent des craintes non fondées, étant pris pour une prédisposition à l'avortement, mais les symptômes sont différents. La douleur se fait sentir principalement la nuit, moment où les parties affaiblies souffrent le plus; elle revient assez régulièrement pendant plusieurs semaines, mais l'utérus continue de se développer, les seins de grossir, et tout est dans l'état normal, excepté la présence de la douleur. Elle peut être soulagée par la saignée, et quelquefois par des anodins. Mais le temps seul peut la guérir, en évitant, par le repos et par des soins, d'irriter les parties déjà irrégulières et susceptibles dans leurs fonctions. Si ces précautions sont négligées, ces parties finiront par réagir sur l'utérus et par entraver ses fonctions. C'est pourquoi il est très-nécessaire, surtout chez les femmes sujettes aux fausses couches, de faire attention aux douleurs qu'elles éprouvent dans le dos, dans les aines ou au pubis, et d'insister sur le repos, le libre cours du ventre, et sur la saignée, si elle est indiquée par l'état du système vasculaire.

J'ai déjà décrit les effets sympathiques produits par l'état de l'utérus sur les autres organes, et je n'ai plus qu'à ajouter que, lorsque quelques-uns de ces organes fonctionnent avec excès, il peut en résulter un effet fâcheux sur le système utérin. Pour éviter toute répétition, je renvoie à tout ce qui a été dit en traitant des troubles de la menstruation. — Quoique les différents organes voisins ou éloignés se soient prêtés aux changements effectués dans l'action utérine, dès le commencement de la grossesse,

cependant l'équilibre convenable peut ne pas exister à une époque plus avancée; et cela arrive le plus souvent vers la fin du troisième ou au commencement du quatrième mois, avant que la matrice ne sorte du bassin : de là un plus grand nombre d'avortements ont lieu à cette époque qu'en tout autre temps de la grossesse. Il y a, à partir de cette époque jusqu'à celle où l'enfant remue, une plus grande prédisposition dans l'utérus à interrompre son action, qu'avant ou après ce temps; ce qui montre la nécessité de redoubler de vigilance pour surveiller l'action des causes qui occasionnent l'avortement, à partir de la dixième jusqu'à la seizième semaine. — Si l'action de la grossesse continue avec contrainte, comme par exemple à la suite d'un changement de position dans l'utérus, ou parce qu'il descend trop bas dans le vagin, elle est souvent accompagnée de sensations pénibles; car chaque fois qu'une action est restreinte, il y a production de gêne. La femme éprouve des douleurs irrégulières et assez aiguës dans la région utérine, et, par sympathie, la vessie et le rectum peuvent être affectés, et quelquefois la malade a de la difficulté à uriner, ce qui fait naître le soupçon d'une rétroversion. Quelquefois les vaisseaux du col laissent échapper un peu de sang comme si l'avortement allait avoir lieu; mais en maintenant la personne au repos, en surveillant l'état du rectum et de la vessie, il n'y a aucune suite fâcheuse, et quand l'utérus s'est élevé au-dessus du bassin, la malade n'éprouve plus de gêne. Quelquefois il peut survenir une perte assez considérable, si le système vasculaire est rempli de sang, ou si les vaisseaux autour du col sont volumineux. Mais avec des soins, la grossesse continuera d'aller, car l'écoulement seul n'indique pas que l'avortement doive nécessairement arriver; il le cause quelquefois, et l'accompagne presque toujours. Mais notre jugement ne doit point se former d'après ce seul symptôme, mais bien d'après l'état des fibres musculaires, et d'après la vitalité de l'enfant.

La rétroversion de l'utérus entrave aussi beaucoup son action et peut occasionner l'avortement, quoique dans un grand nombre de cas, à force de soins, la grossesse continuera d'aller, et l'utérus se redressera par degrés. On maintiendra les intestins libres, et la vessie sera sondée régulièrement. — Quelquefois dans les constitutions irritables et hystériques, ce travail de la grossesse détermine un trouble considérable dans l'action des viscères abdominaux, surtout dans l'estomac, produisant des nausées et des vomissements fréquents et pénibles qui peuvent durer une semaine ou deux, et quelquefois ils sont si violents qu'ils changent le mouvement péristaltique des intestins placés auprès de l'estomac, et, dans ce cas, quelquefois des matières fécales et des vers lombricaux sont vomis. Cette affection s'accompagne souvent d'une inquiétude d'esprit qui ajoute beaucoup à la maladie. Quelquefois, dans ces circonstances, l'on voit les muscles faire des efforts douloureux pour pousser la matrice en bas, et ils sont souvent accompagnés d'un léger écoulement de sang. Du reste, il n'y a point de douleurs utérines régulières; et avec des soins on peut prévenir l'avortement. — Le meilleur traitement c'est de tirer un peu de sang, de tenir le ventre libre, de diminuer la tendance aux vomissements, par l'application de sangsues, ou d'un emplâtre opiacé, ou d'un petit vésicatoire à la région de l'estomac, de calmer la douleur par des doses de jusquiame ou d'opium associé aux carminatifs. Quand l'esprit est très-affecté, ou que la tête est douloureuse, il est bon de la raser et de la laver fréquemment avec du vinaigre froid, et d'appliquer des sangsues aux tempes. En même temps l'on tiendra la malade au repos, l'on emploiera tout ce qui peut la calmer, et l'on aura recours même à la saignée.

L'utérus étant en somme un organe vasculaire, il obéit aux lois de l'action vasculaire, tandis que l'ovule est beaucoup plus sous l'influence de celles qui règlent les parties nouvellement formées, toutefois avec cette différence, que les parties nouvellement formées, ou les tumeurs, sont fortement unies au corps qui leur donne naissance, par toute sorte de vaisseaux, et généralement par une substance fibreuse ou cellulaire, tandis que l'ovule est lié à l'utérus par des artères et des veines très-délicates et très-friables. Par conséquent, s'il y a plus de sang envoyé à la portion maternelle de l'ovule qu'elle n'en peut recevoir ou en contenir, les vaisseaux finiront par se rompre, et il se produira une extravasation suivie d'une séparation; ou quand bien même il n'y aurait

pas de rupture, l'action de l'ovule peut être tellement étouffée et troublée, qu'il devient incapable de se développer. Il doit par conséquent y avoir une parfaite correspondance entre la matrice et l'ovule, non-seulement dans l'accroissement et la vascularité, mais dans toutes les circonstances qui ont rapport avec leurs fonctions. — Même lorsque cette correspondance existe, si la matrice est gorgée de sang, l'ovule doit aussi en être rempli, et la rupture peut alors survenir. Ceci est une cause fréquente d'avortement, surtout chez les femmes qui ont des règles abondantes. D'un autre côté, lorsque l'utérus manque de vascularité, ce qui arrive souvent chez celles qui ont des règles peu abondantes et douloureuses, ou qui les ont assez abondantes mais aqueuses, l'enfant généralement meurt avant le septième mois, et il est ensuite expulsé. Le travail est prématuré et incomplet. L'existence de la pléthore doit être considérée comme une cause très-fréquente d'avortement, et réclame une attention très particulière. Elle agit plus spécialement chez les sujets jeunes et vigoureux, ou chez les femmes qui vivent avec mollesse, et qui couchent sur des lits moelleux et chauds. Elle concentre trop aisément le sang vers la matrice. L'accroissement ne se fait pas d'une manière régulière, et qui corresponde à l'augmentation graduée de l'action et à celle du volume. Mais la pléthore fait agir l'utérus fortement et rapidement. On ne doit pas cependant supposer qu'elle agisse mécaniquement, car le mal provient plutôt de l'effet qu'elle produit sur le système nerveux, lorsque ce dernier est excité soit par cet état des vaisseaux ou par quelque cause accidentelle ou concomitante. La réaction sur le système vasculaire est grande, et il se produit une hémorrhagie ou une inflammation, etc., ou bien, si l'organe est dans un état de surexcitation, il est sujet à se troubler. L'action de la matrice dans cet état est si grande que la femme ressent de la pesanteur, des douleurs gravatives et lancinantes dans le bassin; mais, dans d'autres cas, les vaisseaux cèdent tout-à-coup, et le sang s'écoule de l'orifice utérin. Cette cause agit spécialement chez les femmes qui sont nouvellement mariées, ou qui sont d'une disposition libidineuse, car cela augmente beaucoup l'action de l'utérus, et rend l'existence de la pléthore doublement dangereuse. Dans ces cas, lorsque les règles se suppriment, il faut éviter toutes les causes qui tendent à augmenter la circulation, et souvent il est indispensable que la femme se sépare momentanément de son mari. Souvent on trouve qu'un léger exercice, quinze jours après que les règles se sont arrêtées, produit un écoulement de sang rapide et abondant, qui dure jusqu'à ce que les vaisseaux soient entièrement désemplis, et jusqu'à ce que le travail de la formation d'un ovule ait été détruit.

Il n'est pas difficile de concevoir comment une excitation de l'origine des nerfs spinaux, produite soit par quelque cause mentale ou corporelle agissant immédiatement sur eux, ou par celles qui font gonfler les vaisseaux qui les avoisinent, peut avoir une grande influence sur l'utérus; par conséquent l'état du système nerveux a un effet plus marqué pour prédisposer à l'avortement, ou le produire actuellement, que le système vasculaire. Les femmes très-irritables, ou qui éprouvent quelque dérangement dans l'état de leur santé, ou une grande sensibilité soit dans la moelle épinière, soit dans le grand sympathique, sont, pour cette raison, exposées aux fausses couches. Cet état passe souvent pour celui d'une simple débilité, et l'on est quelquefois confirmé dans l'erreur en voyant que les toniques et les bains froids la diminuent; lorsqu'ils réussissent, c'est en calmant la susceptibilité morbide du système nerveux, et en le rendant plus régulier dans ses fonctions. Une foule de causes, qui peuvent agir aussi d'une autre manière sur l'utérus, produisent souvent le même effet en affectant les nerfs qui alimentent la matrice; la surprise, la fatigue, etc., sont dans cette catégorie. L'état pléthorique dont j'ai déjà parlé, comme prédisposant fortement aux fausses couches, devient plus dangereux lorsqu'il est combiné avec une plus grande susceptibilité dans le système nerveux, ou dans les nerfs utérins. — L'avortement indique nécessairement une séparation de l'ovule qui peut être produite mécaniquement, ou par la rupture spontanée des vaisseaux, ou par une affection des fibres musculaires. Il requiert pour son accomplissement la contraction des fibres qui, auparavant, étaient dans un état d'inaction. L'effet naturel et nécessaire de cette contraction, c'est de développer le col utérin. Cette dilatation, quand la gros-

sesse se fait régulièrement, s'accomplit graduellement et lentement de l'extension et de la formation des fibres. Dans l'avortement, il n'y a point de fibres formées, mais l'action musculaire fait tout, excepté dans les cas où l'action de la grossesse se passe irrégulièrement et avec trop de vitesse. Dans ce cas le col se distend quelquefois vers le troisième mois, de la même manière que le fonds est distendu. Mais le plus souvent le col ne fait que se relâcher pendant l'avortement, comme le fait l'orifice utérin dans le travail naturel, et il cède à l'action musculaire du fond et du corps de la matrice, ou de la partie distendue.

L'existence et l'accroissement du fœtus dépendent de la portion fœtale de l'ovule. Les moyens d'alimentation et d'élargissement pour loger le fœtus dépendent de l'utérus, et ces circonstances qui demandent à la fois l'action de la mère et du fœtus, sont intimement liées entre elles. L'état de l'utérus, qui lui permet de s'élargir, de continuer l'existence et l'opération de la portion maternelle du placenta ou de l'ovule, et de lui transmettre le sang à un degré correspondant exactement à ses besoins, constitue l'action de la grossesse. Quand celle-ci cesse dans l'utérus, une autre action commence, je veux dire la contraction musculaire, et alors tout espoir de garder plus long-temps l'ovule est perdu (1). Je suis certain qu'il y a des cas où la douleur est survenue en paroxysmes et où même l'orifice utérin a été affecté, et cependant l'expulsion n'a pas eu lieu. Mais il n'est pas prouvé que le travail eût réellement commencé. L'on sait que des douleurs, comme celles de l'enfantement, se font sentir long-temps avant que la malade ne soit alitée; mais il n'est pas évident que dans aucun de ces cas la matrice devienne dure pendant la douleur, ce qui indiquerait une contraction musculaire générale. Je ne nie pas la possibilité d'une action partielle des muscles sans être suivie d'expulsion. L'orifice utérin peut être prématurément développé, il peut s'ouvrir pendant quelques semaines, même sans douleurs; mais personne ne dira que dans ce cas le travail ou la contraction utérine ait commencé. Il peut y avoir même dans quelques cas une action partielle des muscles vers le col de la matrice qui est moins intéressé dans l'action de la grossesse que les autres parties de l'utérus, et cette action est souvent accompagnée de douleurs ou de malaise assez considérable. Quelquefois elle se lie à une agitation convulsive de plusieurs des muscles externes du corps; même dans ce cas-ci l'expulsion n'a pas toujours lieu immédiatement, car on peut arrêter quelquefois le mouvement convulsif par la saignée, le repos et les opiacés; mais l'action régulière et générale des fibres musculaires de l'utérus n'a jamais été arrêtée. On peut, comme toute autre action musculaire, la suspendre par des anodins ou par un traitement artificiel, mais elle n'a jamais été arrêtée et ne peut l'être autrement que par l'expulsion de l'ovule, et alors une nouvelle série d'actions commence. Quand donc à une époque quelconque de la grossesse l'on a des paroxysmes de douleurs dans le dos (1) ou dans la région utérine, accompagnés d'un sentiment de pesanteur dans cette région, de ténesme, de brûlure, d'une descente de la matrice dans le bassin, d'une dilatation de l'ouverture

(1) On peut regarder comme un puissant argument contre cette assertion que, dans les cas de jumeaux, l'un des enfants peut être expulsé et l'autre rester; mais dans ces cas celui qui est expulsé est généralement mort, et il n'est pas évident que tout l'utérus se soit contracté.

(1) Il peut être bon de remarquer que, dans quelques affections fébriles, la femme éprouve de la douleur dans le dos et dans les aines; quelquefois elle est remittente, ou bien elle disparaît entièrement pendant un intervalle de temps très-court, et puis elle revient; quelquefois, avec cela, l'on voit, à cause du trouble opéré dans la circulation et, dans quelques cas, à cause d'un effort préalable, un léger écoulement des vaisseaux situés vers l'orifice utérin. On distingue cet état de la contraction utérine, en ce que l'on trouve que le col est intact, que les douleurs sont augmentées par le mouvement ou par la pression et sont plus irrégulières que celles qui accompagnent le travail. On peut empêcher que cet état ne produise l'avortement, en prescrivant le repos, le libre cours du ventre, des anodins précédés de la saignée si le pouls l'indique. Les frictions avec de l'alcool camphré ou du laudanum apportent du soulagement. Tout exercice violent pendant le reste de la grossesse renouvellera la douleur dorsale.

utérine, l'on peut être certain que l'expulsion quoique retardée doit bientôt avoir lieu. Ce fait n'est pas toujours apprécié dans l'avortement, car un grand nombre pense que, si par des anodins ils peuvent calmer la douleur, ils feront aller la femme jusqu'à terme. Ceci est vrai pour les nombreuses sensations pénibles qui peuvent accompagner un avortement prochain, ou qui peuvent se présenter, quoiqu'il n'y ait pas apparence d'avortement; tant que l'orifice utérin n'est pas ouvert, il ne faut pas désespérer, quoique la perte sanguine soit considérable, si la liqueur amniotique n'est pas évacuée ou si l'enfant n'est pas mort. Mais il n'en est pas de même pour les douleurs irrégulières qui proviennent d'une action universelle des fibres utérines et qui sont accompagnées d'une dilatation de l'orifice utérin. L'on peut s'épargner ainsi qu'aux malades beaucoup de trouble en se rappelant cette circonstance.

Puisque donc la contraction utérine est provoquée par l'arrêt de l'action de la grossesse, et que, lorsqu'elle survient, on ne peut l'arrêter ni établir l'action de la grossesse, nous devons rechercher comment cette action peut s'arrêter. J'ai déjà mentionné plusieurs circonstances qui affectent la matrice et qui probablement en dérangent les fonctions. Je ne les répèterai pas, mais je continuerai d'en rapporter d'autres qui sont plus frappantes. Et d'abord je mentionnerai les violences, telles que les chutes, les coups, un excès de fatigue, qui peuvent léser l'enfant et détacher une partie de l'ovule. Si une partie est détachée, l'on n'a pas seulement un écoulement sanguin, mais l'action de la matrice à cet endroit souffre et peut influencer tout l'organe au point d'arrêter l'action générale. Mais le temps nécessaire pour que cela arrive est variable; souvent on a occasion d'empêcher le mal de s'étendre et d'arrêter une plus grande effusion sanguine, peut-être même d'accomplir une réunion. — Les exercices violents, comme la danse par exemple, ou une longue marche, ou les dissipations fatigantes d'une vie fashionable, surtout dans les premiers mois de la grossesse, peuvent, en dérangeant le système nerveux et en troublant la circulation, rendre la distribution du sang à la matrice tellement variable qu'il en résulte une rupture des vaisseaux, ou autrement la destruction de l'ovule. La fatigue peut agir d'une autre manière en ôtant à l'utérus son action et son énergie. Car plus il y a de forces vitales employées dans les muscles extérieurs ou dans ceux des extrémités inférieures, moins il s'en distribue ou il s'en rend à l'utérus; d'où la conséquence d'un avortement à une époque peu avancée de la grossesse (1). La fatigue, par l'effet qu'elle produit sur la moelle épinière, peut directement léser les nerfs de la matrice même à une époque plus avancée. Il surviendra de la gêne d'après le principe que je viens d'énoncer, car les nerfs de l'aine, en distribuant quelquefois, mais pas toujours, moins d'énergie aux muscles, deviennent plus faibles qu'auparavant et sont plus tôt fatigués, et par conséquent produisent de la douleur et un sentiment de fatigue qui se prolonge plusieurs jours après un exercice que l'on peut considérer comme modéré. Cette sensation ne doit point être prise pour une tendance à l'avortement, quoiqu'elle puisse se combiner avec lui, car généralement le repos la fait disparaître. Et il ne faut pas non plus supposer que l'enfant soit mort parce qu'il remue moins pendant cette période; car, aussitôt que l'utérus, qui a été un peu affaibli dans son action, revient à son premier état, l'enfant remue aussi fortement qu'auparavant.

Ensuite je mentionnerai la mort de l'enfant qui peut être causée par la syphilis, ou par des maladies qui lui sont propres, ou par une trop grande quantité de liquide amniotique, ou par un trouble dans les fonctions du placenta provenant d'une mauvaise structure de cet organe, ou par un anévrisme, ou par d'autres maladies du cordon ombilical. Mais, de quelque manière que la mort ait été causée, l'effet est le même. L'action de la grossesse s'arrête, à moins qu'il n'y ait des jumeaux; dans ce cas on a vu que la matrice ne souffrait pas dans toutes ses parties, mais que l'action se continuait, et qu'un des enfants naissait bien développé, tandis que l'autre venait au monde petit et malade (2). Le laps de

---

(1) On observe le même effet dans l'estomac et dans les autres organes. Si une personne délicate, après un bon dîner, pousse l'exercice jusqu'à la fatigue, la nourriture lui pèsera, parce que l'estomac aura été affaibli ou troublé dans son action.

(2) J'ai déjà remarqué que quelquefois, à la suite de la mort d'un enfant,

temps que met cette cause à produire l'avortement est variable; quelquefois il se fait en quelques heures, d'autres fois pas avant quinze jours et même plus long-temps. Dans ces cas et dans d'autres semblables, quand l'action musculaire commence, la perte est peu abondante et ressemble à des règles jusqu'à ce que les contractions soient plus fortes et qu'une plus grande partie de l'ovule soit détachée. Quand les symptômes de l'avortement proviennent de cette cause, il n'est pas possible de les arrêter, et il serait même pernicieux de le faire si cela était possible. Quand donc après une grande fatigue, après des pertes abondantes chez les constitutions délicates, après des coliques violentes, ou d'autres causes, le mouvement de l'enfant cesse, que les seins s'affaissent et que les signes de la grossesse disparaissent, il ne faut pas chercher à retarder l'expulsion, mais diriger notre principale attention à conduire la femme en sûreté jusqu'à la fin du travail.

Une autre cause d'avortement existe dans les passions violentes de l'âme. L'influence de la crainte, de la joie et des autres émotions sur le système nerveux, est bien connue; et les nerfs de l'utérus n'en sont pas exempts; tout choc subit imprimé même au corps a un grand retentissement sur cet organe. L'extraction d'une dent, par exemple, produit quelquefois un avortement soudain. On a cru que le tonnerre ou une violente canonnade causait l'avortement par la secousse imprimée à l'air; mais, quand ils produisent cet effet, il est dû à une frayeur de l'âme. — Les emménagogues, ou les substances âcres, telles que la sabine et d'autres médicaments irritants, surtout ceux qui tendent à exciter à un haut degré l'action vasculaire, peuvent faire avorter. L'ergot de seigle ne paraît pas jouir de cette propriété. — Les médecines aussi qui exercent une violente action sur l'estomac et les intestins produiront souvent l'avortement d'après le principe déjà énoncé, et souvent elles sont prises à ce dessein en quantité assez grande pour produire des effets mortels (1). De là il faut éviter pendant la grossesse les émétiques, les purgatifs violents, les diurétiques, ou un traitement entier mercuriel.

Si quelque partie avec laquelle sympathise l'utérus augmente d'action pendant la grossesse, l'utérus peut en souffrir et l'avortement peut être produit. De là, toute action morbide ou toute inflammation survenant dans un organe important ou occupant une large étendue

---

l'utérus n'avait souffert que partiellement et qu'une expulsion partielle avait eu lieu, mais que l'autre enfant continuant de vivre, avait maintenu l'action de la grossesse dans cette partie de la matrice qui, à proprement parler, lui appartenait, et que la grossesse avait continué. Ceci, du reste, est une circonstance extrêmement rare; car, dans presque tous les cas, la mort d'un enfant produit un trouble dans l'action de la grossesse sur toute la matrice, et il s'ensuit l'expulsion des deux enfants. Dans le cas de M. Chalmer, un fœtus mort et un placenta furent expulsés au septième mois, tandis qu'un enfant vivant qui était resté vint au monde à terme. *Med. repos.*, t. IX, p. 194.

(1) C'est une vieille observation que les purgatifs qui produisent beaucoup de ténesme provoqueront l'avortement; et cela est vrai, s'ils sont poussés très-loin et continués long-temps avec la même violence. De là, la dysenterie prédisposo aussi aux fausses couches. Les purgatifs violents, que l'on prend quelquefois pour favoriser une expulsion prématurée, n'agissent pas seulement en causant du ténesme, mais aussi en enflammant l'estomac et les intestins, et ils affectent ainsi l'utérus de deux manières. On ne peut trop faire connaître que, lorsque ces médicaments font avorter, la mère ne peut rarement survivre à leurs effets. C'est une idée fausse de penser que l'avortement peut être plus facilement provoqué par les drastiques, par la saignée fréquente et copieuse, etc., immédiatement lorsque la femme se sent enceinte; au contraire, l'action de l'utérus est alors plus indépendante de celle des autres organes, et, par conséquent, elle n'est pas aussi aisément modifiée par les changements qui surviennent dans leur état. J'ai déjà démontré que l'avortement arrive plus fréquemment lorsque la grossesse est plus avancée, parce que non-seulement l'utérus est plus aisément affecté, mais parce que le fœtus paraît souffrir plus facilement. Il est exposé, soit à cause des maladies qui le touchent directement, soit à cause des changements qui surviennent dans l'action de la matrice, à périr vers le milieu du troisième mois, et, dans ce cas, l'expulsion arrive dans la quinzaine.

de la surface cutanée, peut amener une fausse couche ; voilà pourquoi la petite-vérole cause souvent l'avortement, tandis que le même degré de fièvre, sans éruption, n'aurait pas eu le même effet. De là aussi, une augmentation de sécrétion dans le vagin, quand bien même elle ne serait pas considérable, quoique primitivement elle eût pu survenir à la suite d'une sympathie avec l'utérus, peut affaiblir cet organe en se continuant avec son action, et par conséquent il faut modérer l'écoulement par une injection astringente, même lorsqu'il n'y a pas de sympathie immédiate et naturelle : une douleur locale et violente peut déranger toute la constitution au point de troubler l'action utérine. Une pleurésie opiniâtre, par exemple, surtout si nous sommes obligés de saigner abondamment pour la combattre, est généralement suivie d'un travail prématuré. La fièvre typhoïde cause souvent l'avortement, et une grande proportion de ces cas se termine par une inflammation du péritoine.

L'irritation mécanique de l'orifice utérin ou des efforts pour le dilater, faits prématurément, prédisposeront aussi à la contraction musculaire. En même temps, il est bon de remarquer que l'effet d'une telle irritation est souvent limité, d'abord à l'endroit où elle agit, et il n'en résulte pendant quelque temps qu'une affection partielle des fibres dans le voisinage immédiat de l'orifice utérin, par conséquent un léger malaise que l'on éprouve à la partie inférieure du ventre, avec ou sans tendance de cet organe à changer ou à se dilater, causé soit par l'irritation de la partie supérieure du vagin ou de l'orifice utérin, ou par une affection du col de la vessie, etc. (1), peut souvent être combattu par le repos, les anodins, et en recourant immédiatement aux moyens que la nature de l'irritation requiert. — L'irritation causée par une chute du rectum ou par des tumeurs hémorrhoïdales enflammées, avec ou sans écoulement sanguinolent, peut exciter la matrice à se contracter ; et, si l'hémorrhagie anale a été abondante et que la femme soit faible, elle peut tuer l'enfant. Les hémorrhoïdes ne doivent donc être jamais négligées. — La ponction de l'ovule après laquelle l'utérus s'affaisse et les fibres reçoivent un nouveau stimulus pour agir, est une autre cause qui peut produire l'avortement, et cette opération est quelquefois faite, à une certaine période, avec de grands avantages, pour éviter un plus grand mal. Il est maintenant reconnu généralement que la contraction doit suivre inévitablement l'écoulement des eaux ; mais l'on peut supposer l'action de la grossesse assez forte dans certains cas pour ne point s'arrêter du moins pendant un temps considérable à la suite de cet accident, et si elle ne s'arrête pas, la contraction n'aura pas lieu. Je ne veux pas dire, du reste, que tous les écoulements aqueux de la matrice qui ne sont pas suivis de l'avortement, proviennent des eaux de l'amnios ; au contraire, je sais qu'ils sont souvent le résultat d'une action morbide qui s'établit vers l'orifice utérin, dans laquelle les glandes sécrètent un liquide séreux au lieu d'un fluide gélatineux, et que cette sécrétion peut durer plusieurs mois.

— Dans tous ces cas, la femme doit être alitée ; elle prendra tous les soirs un anodin pendant quelque temps, précédé d'une saignée si le pouls l'indique et associé à de doux laxatifs : il y a assez de probabilité que la grossesse continuera pour nous encourager à faire tous nos efforts pour la maintenir. Dans les cas où l'écoulement est peu abondant, ou n'est qu'un suintement continuel, nous concluons qu'il provient des follicules situées aux environs de l'orifice utérin, et l'on peut tirer un grand avantage en injectant trois ou quatre fois par jour d'une forte infusion de noix de galle ou d'une solution d'alun. La femme ne devra faire aucun effort, vu que les membranes sont disposées à se rompre. Il est quelquefois nécessaire d'établir des règles pour la direction des femmes enceintes, quand bien même elles ne seraient pas sujettes aux fausses couches. Ces règles doivent être tirées des remarques déjà faites ; il suffit seulement d'ajouter que dans tous les cas il est bon de surveiller les effets ou les maladies de la grossesse que l'on peut adoucir, lorsqu'elles sont intenses, par des remèdes convenables.

On doit calculer le danger de l'avortement d'après l'état préalable de la santé, l'intensité de l'écoulement et la difficulté de l'arrêter, d'après sa durée et la ten-

(1) L'inflammation chronique du cœur s'accompagne souvent d'une douleur au-dessous de l'abdomen, qui est prise quelquefois pour les symptômes d'un calcul. Dans un cas l'avortement parut provenir de cette maladie du cœur.

dance à l'expulsion qui l'accompagne, d'après les effets qu'il a produits en affaiblissant l'économie, et d'après sa combinaison avec les affections hystériques ou spasmodiques. En général, l'on dit que l'avortement n'est pas dangereux; cependant, dans quelques cas, même à une époque peu avancée de la grossesse et malgré un traitement énergique, il devient promptement mortel, soit à cause de la perte du sang, soit à cause des spasmes de l'estomac ou des convulsions. J'ai connu un cas et j'en ai entendu citer plusieurs qui étaient devenus mortels même à la fin du second mois. On est satisfait, du reste, de trouver que cette terminaison est rare, que ces accidents dangereux se présentent rarement, et que la femme peut supporter une forte hémorrhagie, et cependant recouvrer ses forces. Mais, si quelque organe particulier est disposé à une maladie, l'avortement peut avoir un grand retentissement et enlever ainsi la malade à une époque éloignée. Les fausses couches, souvent répétées, sont aussi sujettes à altérer la santé et à détériorer la constitution. Une inflammation grave ou mortelle de l'utérus ou du péritoine peut suivre l'avortement à une époque très-peu avancée, surtout s'il existe une épidémie puerpérale.

Quand l'avortement menace, l'effet ne tarde pas à arriver, et ce n'est qu'en intervenant avant le commencement des efforts d'expulsion que nous pouvons réussir à le prévenir; car, lorsque la contraction musculaire s'est établie partout, et qu'elle est marquée par des douleurs régulières, des efforts pour dilater le col et l'orifice de la matrice, rien au monde, je pense, ne peut en arrêter les progrès. Comme cela arrive souvent avant que nous soyons appelés, ou comme dans une foule de cas l'avortement dépend de causes dont nous ne pouvons constater l'action que lorsque l'effet est produit, nous échouerons fréquemment à prévenir l'expulsion; c'est parce que nous ne sommes appelés que lorsque l'avortement a lieu, c'est-à-dire lorsque les efforts d'expulsion ont commencé, que nous ne réussissons pas; tandis que si on s'était adressé à nous dès la première sensation, nous aurions pu arrêter les progrès. Ce que je désire inculquer particulièrement dans l'esprit des lecteurs, c'est que l'on ne doit pas perdre de temps à nous avertir au moindre sujet d'alarme, et que l'on doit avoir recours aux mesures les plus promptes dès le commencement; car, lorsque la contraction générale de l'utérus a commencé, tout ce que nous pouvons faire, c'est de conduire la malade en sûreté jusqu'à la fin d'un travail que le pouvoir de la médecine ne saurait arrêter. Le cas d'avortement prochain où nous réussissons le plus souvent, c'est celui qui arrive à la suite d'un faux pas ou de causes qui provoquent une surexcitation momentanée des vaisseaux produisant une légère séparation de l'ovule, car alors l'hémorrhagie donne de suite l'alarme, et nous sommes appelés avant que l'action de la grossesse ne soit beaucoup lésée. Si nous pouvions faire concevoir à nos clientes la nécessité d'une pareille attention pour d'autres symptômes et d'autres circonstances, nous pourrions réussir dans beaucoup de cas où nous échouons à cause d'un retard qu'elles apportent, parce qu'elles ne comprennent pas que l'expulsion ne peut être empêchée qu'en intervenant avant que le travail ne commence; car, lorsque des marques évidentes de contraction paraissent, le mal a fait trop de progrès pour être arrêté. Des moyens prompts et énergiques, employés dès la première apparition de symptômes qui indiquent un état douteux de la matrice, ou dès les premiers indices d'hémorrhagie, peuvent être suivis de succès, pourvu que l'enfant soit encore vivant. En établissant le traitement, je parlerai d'abord de la méthode la plus efficace pour prévenir l'avortement chez les femmes qui y sont sujettes; ensuite, des meilleurs moyens de l'arrêter lorsqu'il menace immédiatement, et enfin de la manière convenable qu'il faut conduire une femme jusqu'à la fin de l'accident lorsqu'elle ne peut l'éviter.

Les moyens à suivre pour prévenir ce qu'on appelle des fausses couches habituelles doivent dépendre de la cause que l'on suppose leur donner naissance; par conséquent, il sera nécessaire de remonter aux fausses couches précédentes, de faire attention aux habitudes et à la constitution de la femme, et à son état lorsqu'elle devient enceinte. — Dans beaucoup de cas, on trouvera qu'une disposition pléthorique indiquée par un embonpoint assez fort et une menstruation abondante, donne naissance à l'avortement. Dans ces cas, il sera avantageux de restreindre la malade presque entièrement aux végétaux en même temps qu'elle prendra un exercice considérable

et régulier. — Le sommeil sera abrégé et pris non sur un lit de plume, mais sur un matelas de crin, en même temps que l'on diminuera le nombre des couvertures pour empêcher l'accumulation de la chaleur autour du corps. On tiendra les intestins libres ou plutôt relâchés, ce que l'on peut obtenir en donnant à boire de l'eau de cheltenham ou en prescrivant quelqu'autre laxatif. Il ne faut pourtant pas pousser cela trop loin, ni changer soudainement la constitution, vu qu'il en résulterait un mal permanent, et les maladies qui proviennent d'une constitution détériorée. Lorsque les forces seront diminuées ainsi que l'appétit, ou lorsque quelque autre mauvais effet sera produit, ce sera un indice que nous aurons été trop loin. — Il y a dans les constitutions pléthoriques une faiblesse dans la plupart des fonctions, sinon dans toutes, mais il ne faut pas la traiter par des toniques, mais bien par un exercice continué et graduellement augmenté, par des laxatifs et par un régime léger composé principalement de végétaux. Il ne faut point, du reste, pousser trop loin cette méthode ni la faire observer trop soudainement, mais il faut avoir égard aux habitudes précédentes. C'est une règle générale que l'exercice ne doit point être poussé jusqu'à la fatigue, et il doit être pris à la campagne, après avoir renoncé aux soirées et aux usages de la vie du grand monde; il faut se rappeler qu'un état d'excitation du système nerveux est facilement produit, et l'on doit chercher à la diminuer en maintenant les intestins dans un état parfait, en frictionnant l'épine dorsale avec quelque embrocation stimulante, et en prescrivant les bains de pluie ou de mer s'ils ne produisent pas du frisson ni de la langueur. Par ces moyens, joints à une attention particulière du système vasculaire, et à une conduite prudente de la part de la femme, je suppose que les neuf dixièmes de celles qui sont exposées à l'avortement peuvent aller jusqu'à terme. Si l'on emploie le bain de pluie, il faut commencer par une petite quantité d'eau, et quelquefois l'on peut ajouter d'abord assez d'eau chaude pour la rendre tiède, afin que la sensation ne soit point trop forte. Si le bain froid cause des maux de tête, on peut les prévenir en le faisant précéder d'une médecine; l'eau de mer peut souvent être supportée, tandis que l'eau froide ne convient pas.

Après la conception, l'exercice doit être pris avec circonspection. Mais le régime doit être toujours sévère, et l'usage du bain froid continué. Si le pouls est par hasard plein ou vibrant, ou bien si la malade est d'une constitution vigoureuse, une petite saignée sera pratiquée de bonne heure. Dans quelques cas, lorsque l'action est forte, il faut saigner la femme presque immédiatement après la suppression des règles. Il n'est pas nécessaire de faire une saignée copieuse; il vaut mieux ne retirer que quelques onces de sang, et répéter la saignée si elle est nécessaire; et il faut faire en sorte que la femme ne s'évanouisse pas. On associera le bain froid (1) à la saignée. — Quand il y a beaucoup de douleur dans le dos, il est convenable d'y appliquer de temps en temps des linges trempés dans de l'eau froide, ou d'y diriger de légères douches d'eau froide, ou d'employer un bain de pluie partiel au moyen d'un petit arrosoir. — Dans ce cas comme dans tous les autres d'avortement habituel, nous devons avertir que l'imprégnation n'aura lieu que lorsque l'économie aura été modifiée; et, après que la femme aura conçu, il est bon qu'elle se sépare de son mari, du moins jusqu'à ce que la grossesse soit bien avancée. Je n'ai pas besoin d'ajouter que, lorsque nous sommes consultés pour un avortement habituel, la plus grande prudence est requise de notre part, et que l'état de la malade, ainsi que nos conseils, devront être dérobés à la connaissance de ses amis les plus intimes. — Dans d'autres cas, l'on trouve que la cause de l'avortement est liée à des règles peu abondantes; c'est ce qui arrive chez les femmes qui ont en apparence une bonne santé, et qui ont un air de vigueur. Cet état n'est pas souvent rectifié par les médicaments, mais il peut l'être par le régime, etc. Ici, comme dans le premier cas, l'on trouve utile de faire consister en végétaux la plus grande partie des aliments, mais il n'est pas nécessaire d'en restreindre la quantité. — Quand d'un autre côté la malade a une apparence

(1) L'acétate de plomb a été recommandé par l'illustre docteur Rush, de Philadelphie, à la dose d'un grain jusqu'à trois grains donnés trois fois par jour. Je ne puis en parler d'après ma propre expérience, mais le docteur Rush m'a assuré qu'entre ses mains il avait été suivi de grands succès.

faible et délicate, il sera convenable de prescrire une plus grande proportion de nourriture animale, deux verres de vin dans l'après-dîner, avec quelques laxatifs doux et amers, de manière à fortifier l'estomac et en même temps à tenir le ventre libre.

L'on retire dans les deux cas de grands avantages de l'emploi quotidien des bains d'eau salée, à une température agréable; mais on doit les suspendre pendant au moins les dix ou douze premières semaines qui suivent la conception; après lesquelles, s'il y a des symptômes d'irritation, ou un sentiment de tension autour du ventre, ou de la douleur dans les aines ou au pubis, on pourra les employer, et ils sont à la fois innocents et avantageux. Mais, lorsque la malade est d'une constitution lymphatique; ou qu'elle est sujette à des flueurs blanches abondantes, alors les bains ne sont pas indiqués, et quelquefois ils sont dangereux. L'usage à l'intérieur d'eau de Bath, préalablement à la conception, est souvent utile. J'ai déjà dit que l'avortement était quelquefois le résultat d'une action trop résistante de la part des différents organes qui refusaient de céder le pas à la matrice, et, par là, la privaient de la quantité d'énergie ou d'action qui lui était nécessaire. Ces femmes n'ont aucune maladie de la grossesse, ou elles les ont très-légères. Elles sont bien portantes toutes les fois, mais ou elles font de fausses couches, ou elles accouchent au septième ou au huitième mois d'un enfant mort, ou bien, si elles arrivent à terme, l'enfant est maladif, d'une constitution trop faible pour vivre. La saignée est utile en rendant les organes moins forts; le bain tiède est en général avantageux, et on peut le prendre tous les deux jours au soir pendant quelque temps. Il y a un autre cas où toutes les fonctions sont à l'état normal, excepté la circulation, qui est accélérée par l'irritation de l'utérus. Cela arrive plus ou moins dans toutes les grossesses, mais ici c'est un symptôme dominant. La femme est très-agitée et exposée à faire une fausse couche, surtout si elle est d'une constitution robuste. Je suis bien aise que dans la plupart des cas cet état soit produit par l'irritation de l'origine des nerfs cardiaques, et qu'il soit tout-à-fait indépendant de la pléthore. On obtient un soulagement immédiat en pratiquant une saignée qui est le seul remède efficace; mais il ne faut pas la pousser trop loin. Le cours du ventre doit être maintenu régulier.

Quand au-contraire l'avortement provient de ce qu'un organe est trop facilement influencé par l'utérus, il faut diminuer l'action utérine, en évitant les plaisirs vénériens, en versant tous les matins de l'eau froide avec un arrosoir sur les veines et sur la région iliaque; en même temps il faudra soigner l'organe qui sympathise avec l'utérus. — Quelquefois c'est l'estomac qui s'irrite, et la personne éprouve de fréquents maux de cœur, prend peu de nourriture et digère mal. L'application d'un petit vésicatoire ou de sangsues au creux de l'estomac enlève souvent ce trouble. Il est aussi utile de faire prendre trois ou quatre fois par jour un peu de la teinture composée de quinquina, ou quelques gouttes de la teinture d'hydrochlorate de fer, dans un grand verre d'eau de Seltz. D'autres fois ce sont les intestins qui se ressentent le plus de l'influence de la matrice, et la malade éprouve une constipation opiniâtre qui cède aux pilules aloétiques, ou à la manne avec le tartrate de potasse. Quand c'est le système musculaire qui s'affaiblit et qui produit un sentiment de langueur et de faiblesse générale, l'usage du bain froid avec un grain d'opium en se couchant, sera utile. Il est évident que ce n'est qu'en remontant avec détail à l'histoire des fausses couches précédentes que l'on peut découvrir ces causes. L'on trouve généralement que, dans chaque cas individuel, c'est le même organe, dans toutes les grossesses, qui a souffert avant la conception; l'on peut avec avantage chercher à rendre cet organe moins susceptible.

La faiblesse générale est une autre condition qui cause l'avortement, et là-dessus j'ai déjà fait quelques remarques. Je n'ai plus qu'à ajouter que l'emploi du bain froid, de la quinine seule ou associée à du sulfate de fer, et l'usage de la flanelle sur la peau, constituent la meilleure pratique à suivre. — La syphilis est aussi une cause d'avortement; quand elle vient de la mère, elle rend la matrice incapable de continuer son action d'autrefois, surtout lorsque le père est atteint d'une fièvre hectique vénérienne, ou qu'il n'a pas été complètement guéri, l'enfant est évidemment affecté, et meurt souvent avant que le travail de la grossesse soit arrivé à sa fin. Dans ces cas, il n'y a de guérison à attendre que

dans un traitement mercuriel ; mais il ne faut pas supposer que tout enfant qui naîtrait dépourvu de peau, à une époque peu avancée de la grossesse, serait atteint de ce vice ; au contraire, comme quelques-uns de ces cas dépendent de causes déjà mentionnées, que l'on ne peut guérir par le mercure, je désire mettre en garde le jeune étudiant contre la conclusion trop prompte, qu'un des parents a été infecté de syphilis, parce que l'enfant est né mort, ou à l'état de putréfaction, à une époque peu avancée de la grossesse. Il n'est pas toujours facile d'asseoir un jugement exact, mais l'on peut être mis sur la voie, en trouvant que les autres causes que j'ai déjà mentionnées manquent, qu'il y a des marques d'ulcération sur l'enfant, et qu'il y a des soupçons dans l'état de santé passé ou présent des parents. — Un enfant peut naître mort ou même à l'état de putréfaction, non-seulement à la suite de la syphilis, mais aussi d'une mauvaise conformation dans le fœtus lui-même, ou dans ses annexes, ou bien d'une imperfection générale de l'ovule, laquelle se combine ordinairement avec une augmentation de quantité dans la liqueur amniotique, ou bien à la suite d'une faiblesse primitive dans la constitution de la mère, qui empêche l'enfant d'arriver à terme, ou en conséquence d'un trouble mortel dans la structure ou dans l'action de la matrice, qui survient sans causes connues; ou bien à la suite d'une faiblesse ou d'une imperfection de l'action de l'utérus lui-même, ou de cet état que produit quelquefois l'épilepsie; ou bien cela est occasionné dans certains cas par une convulsion. La plupart de ces causes échappent à notre contrôle, et, en vérité, à l'exception de la syphilis, l'on ne peut prévenir la mort de l'enfant que par l'emploi de ces moyens généraux qui fortifient la constitution de la mère, ou en obviant aux causes palpables qui pourraient prédisposer à une lésion des fonctions de l'utérus. Je crois que la santé du père exerce une influence matérielle sur la perfection de l'ovule, qu'on ne l'apprécie pas assez dans les causes de stérilité ou d'avortement; on peut ranger dans cette catégorie les hommes sujets à la folie ou à l'épilepsie.

Une trop grande croissance avant le mariage est une autre cause de fréquents avortements, vu que l'action de la matrice est imparfaite. En général on ne peut rien faire dans ces cas-ci, à moins qu'en évitant avec soin toutes les causes excitantes de l'avortement, et en surveillant l'état des autres organes pendant la menstruation ou la grossesse, l'on ne puisse, d'après les principes déjà émis, produire quelque bien.— Il est satisfaisant de savoir que, quoique l'on puisse échouer une ou deux fois, cependant à force de soins l'utérus finit par fonctionner parfaitement et la femme par porter ses enfants jusqu'à terme. — Après ces observations je n'ai plus qu'à ajouter que dans tous les cas d'avortement répétés, quelle que soit la cause qui lui donne naissance, je trouve qu'il est essentiel de prendre le plus grand soin d'éviter les causes plus évidentes et plus immédiates qui provoquent l'avortement, telles que la fatigue, la danse, etc. Dans quelques cas il est nécessaire de confiner la femme à sa chambre jusqu'à ce que l'époque où elle a l'habitude de faire une fausse couche soit passé. — Lorsque l'avortement menace, il faut examiner si on peut l'arrêter et par quels moyens. J'ai déjà établi cette opinion que, lorsque l'action de la grossesse a cessé, elle ne peut se renouveler, et que la contraction générale des fibres de l'utérus était une marque de cette cessation. Mais il y a bien des cas où il est douteux que cette contraction générale ait eu lieu, et par conséquent où il est nécessaire que nous procédions d'après l'idée la plus favorable. De plus, comme quelques-uns des moyens que l'on suppose utiles pour prévenir un avortement qui menace servent aussi à modérer les symptômes qui en accompagnent la marche, l'on peut sans crainte y avoir recours. Quelques causes qui donnent naissance à l'avortement ne le produisent point immédiatement. Mais elles avertissent de leur action en produisant un malaise dans le voisinage de l'utérus avant que l'action de cet organe ne soit matériellement affectée. La pratique la plus efficace c'est de tirer à cette époque un peu de sang si le pouls est le moins du monde plein ou fréquent, ou si la malade n'est pas d'une constitution qui défende toute évacuation sanguine, de prescrire ensuite un lavement anodin, ou une forte dose d'opium (1), et en même temps le repos absolu dans une position

(1) Les opiacés ont un succès signalé dans cette condition, et il faut rarement les omettre après la saignée.

horizontale pendant quelques jours ; ces moyens suffiront souvent pour prévenir toute suite fâcheuse ; la malade gardera le lit, sera très-peu couverte et il n'y aura pas de feu dans son appartement. A la vérité la première chose à ordonner en entrant dans sa chambre c'est le lit. Le régime devra être en général sévère, composé de rôties sèches, de biscuits et de fruits ; et on évitera les boissons trop abondantes, surtout celles qui sont chaudes.

C'est là le moment où nous pouvons intervenir avec la plus grande chance de succès ; l'on devra aussi faire la plus grande attention à l'état de l'économie, éloigner tout malaise lorsqu'il se présentera, et empêcher tout organe de persister dans un état anormal. Il est difficile de faire garder à la malade la règle sévère qui est nécessaire à cette époque ; mais étant persuadé que si on laisse passer ce temps sans prendre de précautions, et si les contractions commencent, rien ne pourra arrêter l'avortement, je désire particulièrement imprimer dans l'esprit de l'étudiant toute l'idée de son importance ; et je dois ajouter, que même, après que toute apparence d'action morbide de l'utérus a disparu, la plus légère cause renouvellera nos craintes, et qu'il est nécessaire pendant quelque temps de ne pas perdre de vue la malade. — Souvent, au lieu d'un sentiment de malaise autour des reins ou dans le bas-ventre, la malade éprouve, avant que l'action de la grossesse ne s'arrête, un écoulement sanguin, généralement modéré, quelquefois même très-minime. C'est ce qui arrive surtout lorsque l'avortement qui menace est dû à une cause externe. Et si on arrête immédiatement l'hémorrhagie, l'on peut empêcher la contraction de commencer. — Même dans le cas où nous ne pouvons empêcher l'expulsion, il est utile de prévenir la perte de sang, autant qu'il nous sera possible ; car, comme nous ne pouvons savoir si l'hémorrhagie est nécessaire à son accomplissement, quoiqu'elle l'accompagne toujours, je conclus que nos efforts pour arrêter l'écoulement sanguin ne peuvent jamais faire du mal. S'ils réussissent à arrêter l'avortement, nous atteignons notre but ; s'ils échouent, ils n'augmentent point, mais ils diminuent le danger. Il faut toujours se rappeler, que plus nous épargnons de sang, plus nous sommes utiles à notre malade. Comme nous allons parler des moyens d'arrêter une hémorrhagie, il est inutile d'entrer ici dans aucun détail. — Quelquefois, après le coït, les vaisseaux du col et de l'orifice utérin laissent échapper un peu de sang, et ceci peut se présenter soit chez les femmes qui ont une grande activité dans le système utérin, ou plus souvent chez celles qui l'ont irritable et faible dans ses fonctions. La même perte peut paraître en plus grande quantité après la conception, passer peut-être pour des règles et rendre la femme incertaine sur son état (1). Mais elle est généralement, quoique pas toujours, irrégulière dans son apparition, et rarement elle se montre plus d'une ou deux fois. Dans quelques cas cependant elle devient plus grande et plus fréquente en proportion que les vaisseaux augmentent de volume. Elle peut alors en imposer pour une ménorrhagie. Si on la laisse continuer, elle tend à altérer l'action de l'utérus et produit l'expulsion du fœtus, ce qui quelquefois est le seul signe qui fasse connaître à la femme sa position. L'écoulement cède au repos, aux fréquentes injections d'une solution saturée de sulfate d'alumine, ou d'une décoction d'écorce de chêne, et à l'emploi de la teinture de quinquina à l'intérieur. Quand une légère perte survient à la suite d'un faux pas, ou des quelque cause externe, l'on peut tirer un grand parti de l'emploi des injections ; mais si l'hémorrhagie est considérable, elles échoueront souvent. Il vaut mieux en pareil cas se fier à la formation d'un caillot. Quand l'avortement menace d'avoir lieu chez une femme d'une constitution pléthorique à la suite d'une frayeur ou d'une agitation mentale, il y a souvent des palpitations, de la rapidité dans le pouls, des maux de tête, de la douleur dans le dos ou au pubis ; la saignée enlève immédiatement la douleur de tête, et souvent celle du dos. Ensuite la malade devra être maintenue dans un état de fraîcheur et de tranquillité, et des anodins seront prescrits.

Dans les cas où une douleur utérine régulière précède et accompagne la perte, on ne peut prévenir l'expulsion. Mais,

(1) D'un autre côté, les femmes qui ne sont pas enceintes peuvent, par quelque imperfection de l'action utérine, expulser de petits caillots de sang plusieurs fois de suite, et c'est par erreur que l'on suppose qu'elles sont menacées d'un avortement.

quand l'écoulement sanguin précède la douleur, on peut la prévenir quelquefois et souvent, si l'enfant est encore vivant. Le repos est absolument nécessaire si l'on veut que la personne parvienne jusqu'à terme, et il est quelquefois nécessaire de la confiner au lit pendant plusieurs semaines, de lui donner des calmants avant qu'elle se couche, de tenir son ventre libre par des médecines douces; on devra aussi, à moins que le pouls et la constitution de la personne ne la contre-indique, pratiquer une saignée, mais elle ne doit jamais être forte; sans cela, on cause des palpitations, une grande faiblesse, et l'on ôte toute chance d'empêcher l'avortement. — C'est une position très-critique, tout dépend de la vigueur et de la promptitude de notre pratique, et particulièrement de la prudence de la malade; il est désagréable de voir que quelquefois, après tous nos soins et tous nos efforts, une imprudence détruit en un seul jour l'effet de toutes nos peines. — Lorsqu'on ne peut prévenir l'avortement, ce qui reste à faire c'est de conduire la malade heureusement jusqu'à la fin du travail, en diminuant les effets de la séparation ou du détachement de l'ovule, et en accélérant les contractions. La première chose qui réclame naturellement notre attention, c'est l'hémorrhagie. Un grand nombre de praticiens, d'après un principe général, saignent pour l'arrêter et empêcher l'avortement, mais on ne peut l'arrêter si les contractions utérines ont commencé sur tous les points, et l'écoulement sanguin ne peut prudemment être modéré par la saignée, à moins qu'il n'y ait une action anormale ou perte dans les vaisseaux, ou beaucoup de sang dans l'économie. S'il en est ainsi, on peut ouvrir la veine avec avantage; mais ce n'est pas toujours le cas, et par conséquent, à moins que l'action des vaisseaux ne soit au-dessus des forces naturelles, la saignée à ce moment n'est pas nécessaire. La plénitude et la force du pouls s'abattent dans l'avortement plus tôt qu'on ne saurait l'expliquer par la simple perte de sang; ceci dépend d'une affection de l'estomac qui exerce une grande influence sur le pouls : le moment convenable pour saigner, c'est dès le début. Quand l'avortement a fait de si grands progrès avant que nous soyons appelés, que le pouls est devenu petit et faible, ou bien quand cela arrive dès le commencement, la saignée évidemment ne peut faire du bien. Je ne puis reconnaître l'avantage que l'on retire de l'emploi soit de la digitale soit de l'antimoine à doses assez fortes pour provoquer des nausées. Les astringents ont été proposés à l'intérieur, mais ils n'ont aucun effet, sinon de provoquer le mal de cœur, ce qui est une opération différente de celle que l'on en attend. Ils sont plus utiles à l'extérieur dans une hémorrhagie prolongée, mais modérée. L'injection dans le vagin, deux ou trois fois par jour, d'une décoction d'écorces de chêne, ou de quelque autre astringent, est d'une grande utilité dans ces cas-là. Si l'injection froide cause de la douleur de ventre, on peut l'employer tiède. L'application de linges imbibés d'eau froide sur le dos et sur les parties externes ne doit point être négligée. L'introduction dans le vagin d'un très-petit morceau de glace sans aspérités, ou d'un peu de neige enveloppée dans un morceau de linge, a souvent produit un effet très-rapide en retardant l'hémorrhagie, tandis que si l'introduction est bien faite, elle ne cause jamais de mal; mais il ne faut jamais la prolonger au point de produire de la douleur ou un frisson long-temps continué. La chaleur de la surface doit être aussi modérée, s'il n'y a point d'affection pulmonaire ou rhumatismale, par un petit nombre de couvertures et par l'introduction libre d'un air frais. Mais la méthode la plus efficace d'arrêter l'hémorrhagie, c'est de tamponner le vagin; ceci se pratique en prenant un morceau assez large de linge fin, et après l'avoir imbibé d'huile, on le tordra, puis on l'introduira par portions avec le doigt jusqu'à ce que le vagin en soit plus ou moins rempli, suivant l'urgence du cas. Ce qui reste en dehors devra être refoulé contre l'orifice. Le tamponnement agit en donnant au sang épanché le temps de se coaguler; il ne cause aucune douleur et ne produit aucune irritation, et assurément, ceux qui le condamnent ne doivent point l'avoir essayé ou l'ont mal appliqué. Si nous croyons que l'avortement demande pour être terminé un écoulement sanguin prolongé, nous ne devons pas, dans les cas où le travail doit se faire, avoir recours au froid et aux autres moyens pour arrêter l'hémorrhagie; si nous n'avons pas cette pensée, alors le moyen le plus efficace de modérer l'hémorrhagie est le meilleur. Le tamponnement ne peut retarder le travail, ni empêcher l'expulsion de l'ovule, car lorsque la matrice se contracte, elle le pousse

au milieu du sang caillé qui se trouve à la partie supérieure du vagin, et l'écoulement cesse.

L'évanouissement agit aussi dans beaucoup de cas en facilitant la formation des caillots, car alors le sang coule plus lentement, et quand l'évanouissement a disparu, les caillots arrêtent encore l'hémorrhagie de la même manière que le tampon. Ceci, naturellement, met au jour les avantages du tamponnement, vu qu'il produit la coagulation à l'orifice des vaisseaux, et qu'il diminue aussi l'action vasculaire. Ceci fera voir aussi l'inconvenance des injections à cette époque, car en délayant les caillots nous causons plus de mal que ne peut compenser l'effet astringent produit sur les vaisseaux. — Les principaux moyens que nous employons pour arrêter l'hémorrhagie sont donc la saignée, si le pouls est plein et vibrant; et, à son défaut, l'on doit tamponner le vagin, appliquer le froid sur les parties externes, maintenir la chaleur du corps en général à une température basse, recommander un repos absolu, qui doit être continué pendant le travail, quelque long qu'il puisse être dans quelques cas. Les boissons devront être froides, la nourriture légère et prise en petite quantité. — On a conseillé les opiacés pour calmer l'écoulement sanguin, et un grand nombre d'accoucheurs les emploient dans tous les cas d'avortements et à toutes les époques; mais comme le travail ne peut se terminer sans une contraction musculaire, et comme les opiacés tendent à les suspendre, je ne vois pas que l'on puisse soutenir avec raison qu'ils soient toujours utiles. S'ils sont donnés en petite quantité, ils ne font aucun bien pour l'état présent; si c'est à haute dose, ils ne font que différer le mal; car ils ne peuvent arrêter l'avortement lorsque les contractions ont commencé. Quand le travail se fait régulièrement, les opiacés ne tendent qu'à le troubler et à prolonger la douleur; mais je ne conclurai pas contre l'emploi des opiacés, d'après l'abus qu'on en a fait. Ils sont très-utiles dans les cas d'avortement prochain, surtout lorsque la séparation des membranes et l'écoulement du sang sont accidentels. Ils ne conservent pas directement l'action de la grossesse, mais ils empêchent la tendance à la contraction musculaire, et de cette manière ils font du bien. Dans les tempéraments faibles et amaigris, les opiacés seuls, s'ils sont donnés dès la première apparition du mal, suffisent pour prévenir l'avortement; et dans un état opposé, lorsqu'ils sont précédés de la saignée, ils sont d'une grande utilité. Les opiacés servent encore à calmer les douleurs sympathiques des intestins, et un grand nombre d'affections nerveuses qui précèdent ou qui accompagnent l'avortement. Ils sont très-utiles dans les cas où il y a une perte considérable et prolongée, avec de petites douleurs, lorsque la matrice ne se contracte pas assez pour expulser l'ovule, mais seulement pour séparer les vaisseaux et causer une hémorrhagie. Ils rendent tout-à-coup la douleur plus vive; ou bien, en suspendant l'action pour quelque temps, ils font qu'elle revienne avec plus d'énergie et plus de perfection, et que le travail se termine. Dans les cas de contraction irrégulière ou spasmodique, il est bon de les employer à haute dose. C'était dans un temps une pratique commune de chercher à extraire avec le doigt ou avec un petit forceps le fœtus et le placenta, dans l'intention d'arrêter l'hémorrhagie. Puzos a fortement combattu cette pratique, et maintenant elle est généralement abandonnée, et avec raison. Je ne veux pas cependant que l'on me prête la pensée de proscrire tout secours manuel; mais c'est un précepte utile que de recommander de ne pas trop hâter l'extraction de l'ovule. Si la perte est prolongée et que les membranes soient entières, l'on peut, si la position de la malade l'exige, accélérer quelquefois l'expulsion en évacuant la liqueur amniotique; mais si la grossesse n'a pas dépassé le quatrième mois, il vaudra décidément mieux recourir à un lavement stimulant, et modérer l'hémorrhagie par le tamponnement. Par là, nous avons plus de probabilités d'entraîner tout l'ovule à la fois, et si l'hémorrhagie se prolonge encore, l'on peut exciter l'action de la matrice en dilatant doucement l'orifice utérin et en promenant le doigt autour de lui. Si les membranes ont été rompues et si le fœtus est encore dans l'utérus, l'on peut, en glissant le doigt avec prudence à l'intérieur de cet organe, l'accrocher et l'entraîner au dehors; ou bien, dans la plupart des cas, on le trouvera en partie expulsé, et l'on pourra facilement achever de le faire sortir. Mais le cas le plus ennuyeux et le plus grave, c'est celui où le fœtus est expulsé, mais où l'arrière-faix est encore retenu; de deux choses : ou il est détaché en partie et adhérant

encore jusqu'à une certaine étendue, ou bien il y a une contraction spasmodique et circulaire des fibres utérines autour d'une portion de l'arrière-faix, état qui peut se présenter même avant que le fœtus lui-même ne soit expulsé. Or, l'on ne peut regarder la malade comme à l'abri de l'hémorrhagie jusqu'à ce qu'il soit expulsé, et par conséquent elle doit être surveillée avec soin, surtout lorsque la grossesse est très-avancée. Dans le plus grand nombre des cas, la matrice, au bout de quelques heures, se contracte et l'expulse; mais dans quelques circonstances, l'hémorrhagie devient abondante et l'utérus est peu disposé à l'expulser. En tamponnant le vagin, on trouvera souvent que l'on peut avec sûreté arrêter la perte, et que la matrice est au bout de quelque temps provoquée à agir; sinon on donnera un lavement salé, chaud, assez énergique pour stimuler vigoureusement le rectum et exciter sympathiquement l'utérus; l'on peut encore essayer l'ergot de seigle, qui quelquefois a été utile, mais qui dans d'autres cas a échoué, et même a produit des maux de cœur inquiétants. Si nous sommes désappointés ou si les symptômes pressent, il faudra introduire le doigt au dedans de la matrice (1), et détacher doucement, par un très-léger mouvement, les restes de l'ovule; mais il faut bien prendre garde de chercher à arracher l'arrière-faix avant qu'il ne soit entièrement détaché, car alors nous en laissons une portion derrière, qui quelquefois cause un grand trouble. De plus, en essayant d'extraire sans précaution les restes de la conception, nous irritons la matrice et nous courons risque d'exciter une inflammation ou une série de symptômes hystériques, et quelquefois mortels. Ce sont ces deux circonstances qui me rendent réservé lorsque je conseille le secours des mains; et heureusement le nombre de cas qui l'exige n'est pas grand, dans les avortements à une période peu avancée de la grossesse. Si l'on a occasion de disséquer l'utérus après que le fœtus a été expulsé, l'on trouve la partie inférieure de l'arrière-faix détachée et sanglante; tandis que la portion voisine du fond, qui peut aussi être sanguinolente, est encore adhérente. — Quand il y a rétention de l'arrière-faix, avec une perte répétée ou prolongée, avec des douleurs fréquentes et inutiles, accompagnées d'un sentiment de mal de cœur ou de faiblesse, l'on peut soupçonner qu'une partie de la matrice se contracte spasmodiquement autour de la portion supérieure du placenta, tandis que le reste est détaché. Cet état de la matrice, connu sous le nom de contraction, en forme de sablier, se rencontre fréquemment après un accouchement à terme; mais il ne l'est pas moins après l'avortement, et on peut le rencontrer même à une période peu avancée, et probablement il est la cause de tous les cas graves et surtout de ceux qui sont mortels. Il y a peu d'exemples de faiblesses ou d'évanouissements, si ce n'est à la suite d'une hémorrhagie très-grave, ce qui ne provient pas d'un spasme utérin. Si un lavement stimulant ne provoque pas des contractions régulières et efficaces, il faut introduire la main dans le vagin, et avec un ou plusieurs doigts enlever l'arrière-faix et provoquer la matrice à agir convenablement. La partie du placenta, conservée par la constriction déjà décrite, n'est quelquefois pas plus grosse qu'une noisette, quoique la malade soit enceinte de trois ou quatre mois; dans ces cas, je conseille de l'extraire avec précaution.

Quand une partie de l'ovule est laissée, ou que tout l'arrière-faix est gardé pendant un temps considérable, l'on court, outre celui de l'hémorrhagie, un autre danger; car, au bout de quelques jours, il survient de la putréfaction, et l'économie est exposée à une irritation considérable, jusqu'à ce que le corps putréfié soit expulsé. Quelquefois, si la grossesse n'est pas très-avancée, ou si la portion laissée n'est pas très-grande, elle sort en petits morceaux qui mettent plusieurs mois à être expulsés, et pendant tout ce temps la femme est languissante, hystérique et exposée à un écoulement sanguin, irrégulier ou souvent à une obstruction (1);

(1) Dans quelques cas, l'on trouve la moitié de l'arrière-faix dans le vagin et l'autre moitié encore dans l'utérus. Dans ce cas, tout ce qu'il faut faire c'est de les amener doucement au dehors, soit en les abaissant, soit en les tenant entre deux doigts.

(1) M. Angus m'a communiqué un cas dans lequel, vers le troisième mois, le fœtus fut expulsé, mais le placenta fut gardé et converti en hydatides. Cela n'empêcha pas la femme de redevenir enceinte, et le produit de la seconde conception, sain en apparence, fut expulsé en même temps

mais fréquemment les symptômes sont très-aigus; il y a perte d'appetit, prostration, tuméfaction ou sensibilité du ventre, un pouls petit et vibrant, de la chaleur et de la sécheresse à la peau de la main et des pieds, des chaleurs nocturnes, et différents symptômes hystériques. L'écoulement par le vagin est excessivement fétide et l'hémorrhagie quelquefois se présente à un haut degré. Le traitement sera décrit dans la suite. — Quand l'avortement vient, après de violents vomissements dépendant de la grossesse, ce symptôme peut persister avec la même gravité jusqu'après l'expulsion de l'arrière-faix.

D'après ces observations, l'on peut voir le danger, d'un côté, de laisser l'arrière-faix trop long-temps dans la matrice, et de l'autre, celui de faire des tentatives téméraires ou inutiles pour l'extraire, tentatives par lesquelles on irrite la matrice et on déchire le placenta, ce qui est presque toujours suivi de conséquences fâcheuses. L'extraction mécanique du placenta doit être effectuée avec la moindre douleur et la plus petite irritation possible, dans les cas où elle est le plus nécessaire, savoir lorsqu'il est entièrement ou presque détaché, mais retenu cependant par une contraction spasmodique autour de la portion supérieure. Tandis que dans les cas où il y a adhérence, il est généralement moins nécessaire d'intervenir pour faciliter l'extraction, à cause de la gravité de l'hémorrhagie. — Je reviens maintenant à la description du travail ordinaire de l'avortement. L'estomac souffre bientôt et devient malade, ce qui produit une langueur et une faiblesse générale, avec une disposition aux évanouissements qui dépend plutôt de cette cause que directement de la perte du sang. A la vérité, l'hémorrhagie produit dans l'avortement des effets moins sérieux et moins permanents que dans un accouchement à terme, quoique la perte du sang ait été moindre dans celui-ci que dans le premier; car les vaisseaux sont plus petits et l'écoulement n'est pas aussi brusque. Il y a encore une autre raison, c'est que l'action utérine est moindre dans les premiers que dans les derniers mois. Or, l'on sait que l'effet d'une hémorrhagie provenant d'un organe est, toutes choses égales d'ailleurs, en proportion de son degré d'action. De là, l'écoulement sanguin est moins dangereux dans l'avortement que dans l'accouchement à terme et encore moins dans la ménorrhagie que dans l'avortement. L'effet de ce dernier sur l'estomac semble être en proportion inverse de l'époque où il arrive, étant plus grand lorsqu'il se présente avant le quatrième mois qu'après ce temps; l'effet quoique alarmant peut diminuer l'action des vaisseaux. La force du pouls est beaucoup abattue, quelquefois il devient plus lent, mais généralement il reste aussi fréquent qu'auparavant; par conséquent nous ne devons pas être trop empressés à faire disparaître cet état qui restreint l'hémorrhagie. Cependant, comme il peut dépasser les bornes et produire une syncope dangereuse, nous devons l'arrêter à temps. Il faut aussi examiner l'état de la perte, lorsque cette syncope est considérable; car si, malgré elle, l'hémorrhagie continue, elle produira des effets plus grands et plus immédiatement nuisibles que si elle existait seule. — Le meilleur moyen d'arrêter cette faiblesse et cet évanouissement, c'est de tenir le corps parfaitement en repos, et la tête basse; s'il est nécessaire on donnera des cordiaux stomachiques en petite quantité, tels qu'un peu de teinture de cannelle, ou quelques gouttes d'éther dans un verre d'eau gazeuse, ou bien un peu d'eau de menthe poivrée avec vingt gouttes de teinture opiacée. Dans les cas pressants on peut donner du vin de Madère ou de l'eau-de-vie, mais il ne faut pas recourir souvent à ces moyens, rarement ils sont nécessaires. L'opium à haute dose est aussi utile.

Quelquefois, au lieu d'éprouver un sentiment de faiblesse et d'abattement, les fibres de l'estomac entrent en contraction spasmodique, et produisent une douleur soudaine et violente; c'est un symptôme très-alarmant qui peut faire périr la malade sans qu'elle s'y attende. Il doit être à l'instant combattu par un mélange d'éther sulfurique et de teinture opiacée à haute dose, tandis qu'on appliquera un sinapisme à la région épigastrique. Mais, si lorsque cette douleur se présente il y a des symptômes de convulsions prochaines, alors la saignée devra précéder les anodins, et on ne devra point donner d'éther. — Les spasmes des intestins sont plus fréquents et bien moins dangereux; ils cèdent facilement à trente gouttes de teinture opiacée dans une petite cuillerée de teinture aromatique, ou de teinture composée de lavande avec un

qu'une grande quantité d'hydatides, et fut accompagné d'une hémorrhagie alarmante.

peu d'eau. Ces symptômes fâcheux, que je viens de décrire, heureusement n'arrivent pas souvent dans l'avortement, mais le travail s'accomplit sans danger et sans trouble. Dans ce cas-ci, après qu'il est terminé, il suffit de faire garder le lit à la malade pendant quelques jours, vu qu'en se relevant trop tôt, il peut s'ensuivre une perte qui l'affaiblirait. Il faut aussi, par un traitement convenable éloigner tous les symptômes morbides qui peuvent se présenter, mais qui dépendent de l'idiosynerasie des individus, ou de l'état probable de leur santé et qui ne peuvent être ici détaillés. Quand la malade continue à être faible, l'emploi du bain froid et quelquefois celui de la quinine serviront beaucoup à rétablir la santé, et dans les grossesses suivantes, il faut prendre bien garde que l'avortement n'arrive à la même époque.

SECTION XXXVIII. — *De l'hémorrhagie utérine.*

De tous les accidents auxquels est exposée une femme enceinte, il n'en est pas de plus alarmant et de plus fâcheux que l'hémorrhagie utérine, lorsqu'elle se montre à une époque avancée de la grossesse, ou après la délivrance de l'enfant. Celle-ci, par son étendue et son impétuosité, a été appelée un déluge de sang, et à cause de la fréquence de son retour elle doit intéresser vivement le praticien.— J'ai fait remarquer en décrivant les sinus qui bordent le placenta ainsi que les frêles vaisseaux qui passent entre lui et l'utérus, combien ils étaient aisément rompus, et quelle hémorrhagie violente pouvait en résulter, même si le simple bord du placenta était détaché, car il est évident que la perte n'est pas nécessairement proportionnée à l'étendue de la séparation. Le docteur Hamilton pense que le sang provient principalement du placenta, qui, en recevant le sang de l'utérus, le laisse écouler de la surface détachée. Il est évidemment vrai que le sang sort de cette surface aussi bien que de celle de l'utérus, car les vaisseaux, tels que les larges sinus du bord ou les veines qui se rendent directement à la surface utérine du placenta, doivent, lorsqu'ils sont déchirés, laisser échapper leur contenu. Mais il est également évident que si les vaisseaux passent de l'utérus au placenta, ils doivent aussi laisser écouler du sang, et l'on sait combien les sinus communiquent largement avec les veines. S'il n'existe aucune déchirure de la substance placentaire, le sang ne peut sortir des vaisseaux du fœtus ni même directement des cellules, mais il s'échappe par l'entremise des veines. Bien plus, si les vaisseaux de la mère, comme les vaisseaux du fœtus, ne communiquent point d'un lobe à un autre, le sang de ces veines doit venir du lobe détaché. Selon mon opinion, les sinus marginaux qui, à cause de leur extensibilité, peuvent recevoir du sang de plus d'un lobe, fourniront un écoulement considérable de sang. Les vaisseaux utérins versent aussi du sang directement, et la quantité qu'ils peuvent fournir en un court espace de temps se voit dans l'hémorrhagie qui suit la sortie du placenta.

Comme l'ovule correspond exactement à la surface interne de l'utérus et se trouve en contact immédiat avec lui, l'on trouve que, tant que cette union existe, les vaisseaux, malgré leur délicatesse, peuvent transmettre le sang sans effusion; mais, lorsque l'un est séparé de l'autre, alors ces vaisseaux sont directement déchirés; ou même, en supposant qu'ils s'allongent un peu, ils doivent se rompre par leur propre action ou par la force du sang qu'ils reçoivent et qu'ils laissent circuler. — Les membranes ne sont jamais assez remplies d'eau pour être tendues, et par conséquent elles ne peuvent distendre la matrice et exercer une pression sur sa surface interne. La matrice, de son côté, pendant la grossesse, n'embrasse pas assez étroitement les membranes au point de les comprimer, d'où il est évident que, lorsqu'une rupture survient, le cours du sang ne peut être arrêté par l'action d'une partie sur l'autre. La conséquence d'une hémorrhagie utérine, lorsqu'elle est considérable, c'est de diminuer la force de la circulation et de produire des évanouissements ou une syncope complète. Le sang, dans cet état, coule plus faiblement, la coagulation se fait sur la surface de l'utérus, qui est mise à jour par le décollement, sur le placenta ou dans les sinus latéraux, et elle arrête le paroxysme pour le moment. Cette coagulation, dans les cas légers, peut avoir lieu même sans qu'il y ait évanouissement; cependant on ne doit pas espérer une réunion lorsque le décollement est étendu et que le caillot est considérable; par conséquent, lorsqu'il se dissout, on doit généralement craindre un retour de l'hémorrhagie. —

Une ou plusieurs pertes sanguines abondantes doivent altérer les fonctions de la matrice et finir par détruire entièrement l'action de la grossesse; alors l'action musculaire des fibres de l'utérus est mise en jeu, et par leur contraction il se produira deux effets : les vaisseaux utérins diminueront de diamètre ou de capacité, et toute la surface de l'utérus, appuyant plus fortement sur l'ovule, apportera un plus grand obstacle au cours du sang des sinus, des artères du placenta ou de la caduque.

Il est donc évident que la nature cherche à sauver la malade de deux manières; d'abord par la production d'un état de faiblesse, ou quelquefois d'une syncope complète qui tend à arrêter l'attaque présente; ensuite, lorsque l'hémorrhagie est assez grande ou opiniâtre pour ôter toute possibilité à la femme d'arriver jusqu'à terme, il se produit des effets qui tendent à établir une contraction musculaire et à accélérer l'expulsion. Nous ne devons jamais perdre de vue, dans nos raisonnements, ce double travail. — Il y a deux sortes de contractions utérines, que l'on peut appeler permanente et momentanée; la permanente est cette action continue de chaque fibre qui rend la matrice plus ou moins tendue, de sorte qu'on la sent résistante si l'on introduit la main dans sa cavité. La contraction momentanée est plus forte que l'autre, paraissant par intervalles pour expulser le fœtus, et produisant ce qu'on appelle les douleurs de l'enfantement. — Dans les cas où la nature guérit par l'expulsion ou par la production d'un travail, c'est principalement à la contraction permanente ou tonique que l'on doit la suppression de l'hémorrhagie, parce que cette contraction diminue le volume des vaisseaux et maintient une pression régulière de la surface utérine sur l'ovule, jusqu'à ce que les douleurs aient terminé l'expulsion ou la sortie de l'enfant; les douleurs seules ne produiraient point ce résultat, car, en se montrant par intervalles, elles rendent leur effet passager. D'un autre côté, la contraction permanente ne suffirait pas pour remplir ce but sans les douleurs, car ces paroxysmes momentanés provoquent cette action à un plus haut degré, et en expulsant l'enfant, elles accomplissent la délivrance avant que les forces de l'utérus ne soient épuisées; tels sont les moyens que la nature emploie pour sauver la malade; mais il ne faut pas s'attendre que dans tous les cas, ni même dans la majorité, toutes ces choses arrivent en temps et à un degré convenable. La faiblesse et la syncope peuvent être poussées trop loin, ou bien les caillots peuvent ne pas se former à temps, ou peuvent céder trop tôt et trop facilement. L'action de la grossesse peut continuer malgré la violence de l'hémorrhagie, et empêcher ainsi les contractions musculaires, ou bien, avant que cette contraction ne s'établisse et que le fœtus ne soit expulsé, la perte a été assez grande et assez constante pour rendre les efforts de la matrice faibles et impuissants, et en se prolongeant elle peut amener la mort de la mère et de l'enfant. — D'après ces considérations, il est évident que, quoique la lésion étant petite et la perte peu abondante, la nature puisse, par une contraction permanente, l'arrêter; ou, dans des cas plus graves, sauver la femme par l'expulsion du fœtus; cependant l'on ne peut, avec prudence, se fier entièrement à ses opérations sans les favoriser. — Il y a encore une autre circonstance qui se rapporte à une espèce particulière d'hémorrhagie, et qui rend la guérison par les seules forces de la nature encore plus chanceuse, c'est lorsque le placenta se trouve attaché à l'orifice utérin, ce qui nécessairement doit produire une hémorrhagie chaque fois que le col vient à se développer et l'orifice à s'ouvrir.

Les vaisseaux qui vont et viennent du placenta sont beaucoup plus gros que ceux qui appartiennent aux membranes caduques. Par conséquent, si une partie du placenta est détachée, la quantité et la rapidité de l'écoulement doivent être plus grandes et les effets plus terribles que lorsqu'une portion de la caduque se trouve seule séparée. Si le placenta est fixé auprès du col utérin, et qu'une portion en soit décollée, alors le sang qui s'épanche séparera les membranes jusqu'à l'orifice utérin, et il y aura une hémorrhagie abondante. Mais quelquefois si le placenta est attaché très-haut, près du fond de l'utérus, le sang pourra ne pas s'épancher, surtout si la séparation a été petite, et il se formera un caillot à l'extérieur des membranes dont la partie inférieure adhère encore à la matrice; ou si la portion centrale du placenta a été détachée, il peut se former par derrière une collection sanguine, mais qui ne s'étendra pas au-delà de la circonférence. Ces cas-là sont rares; mais si le

placenta est placé sur l'orifice utérin, rien ne peut arrêter le sang; il doit s'en suivre une hémorrhagie abondante qui abat toute l'économie, et qui affaiblit beaucoup la matrice elle-même, de sorte qu'il est très probable que, lorsque les contractions surviendront, elles seront faibles et incapables d'effectuer une prompte expulsion. Quand bien même les contractions seraient énergiques et puissantes, elles ne peuvent, à cause de la vascularité du placenta, produire le même bien que dans les autres cas d'hémorrhagie. Par conséquent, la malade, dans tous les cas, perdra beaucoup de sang, et dans un très-grand nombre elle périra si nous l'abandonnons aux seules contractions. On ne peut donc, dans ce cas-ci, attendre de bons résultats de la contraction que lorsqu'elle est efficace, et que les douleurs surviennent avec tant d'énergie, que l'utérus se débarrasse promptement du produit de la conception, en même temps que les caillots ferment l'orifice des vaisseaux placentaires, à l'endroit où ils sont béants.

C'est une opinion généralement répandue que l'hémorrhagie provient toujours du décollement d'une partie du placenta; mais ce point n'est pas établi (1). Dans plusieurs cas d'hémorrhagie utérine, le placenta a été trouvé attaché au fond de l'utérus, et l'on ne peut supposer que dans tous ces cas les membranes aient été détachées dans toute leur étendue, depuis le placenta jusqu'à l'orifice utérin. Cependant cela doit arriver avant que dans de telles circonstances l'écoulement ne paraisse. L'on peut souvent expliquer comment a lieu l'hémorrhagie, en supposant qu'une portion des membranes a été détachée, et l'on sait que les vaisseaux autour du col suffisent pour laisser échapper une grande quantité de sang, si leurs orifices sont ouverts. Cependant dans les cas d'hémorrhagie abondante on trouvera que le placenta est attaché par l'orifice utérin, et que plus ou moins de sa substance est séparée.

Du sang peut s'épancher à la suite du décollement d'une partie de l'ovule, et cependant il peut ne pas s'en écouler par l'orifice utérin (1); ce décollement peut être produit par la fatigue, les coups, les chutes, etc., et l'effusion est accompagnée d'une douleur sourde et interne à l'endroit où elle se fait. Cette douleur ressemble à une colique, ou à celle qui annonce l'approche des règles. La partie de la matrice où se fait l'extravasation se gonfle par degrés, et l'utérus, au bout de quelque temps, devient plus gros. Si la quantité est considérable, le volume augmente, on sent la matrice plus ferme et plus tendue, aussi bien que plus large, les forces diminuent, et même des évanouissements peuvent survenir. Dans la suite, la malade éprouve des douleurs légères et lentes; mais si la lésion est considérable, elles diminuent à mesure que la faiblesse augmente. Elles sont ou ne sont pas accompagnées de la sortie de caillots de l'orifice utérin. Dans un pareil cas il est évident que rien, excepté la délivrance, ne peut sauver la mère; mais dans des cas moins graves, lorsque la séparation n'est pas très-étendue, on ne peut découvrir l'hémorrhagie, ni même la soupçonner, qu'après l'expulsion du fœtus, qui souvent est suivie d'une quantité de sang noir et même grumeleux dont l'écoulement n'altère ni le pouls ni les forces, ce qui aurait lieu s'il venait de s'échapper des vaisseaux utérins. — En passant à l'examen des causes qui donnent naissance à l'hémorrhagie dans ses différents degrés, la première que je mentionnerai ce sont les violences extérieures qui produisent le décollement d'une portion de l'ovule. Comme l'ovule et l'utérus correspondent l'un à l'autre, et qu'ils sont, à une époque avancée de la grossesse, composés de matériaux assez flexibles, les chutes et les coups ne produisent point de déchirure aussi fréquemment qu'on pourrait le supposer. Quand l'ovule est détaché méca-

(1) Depuis long-temps, Andrea Pasta avait mis en question l'opinion que l'hémorrhagie était toujours produite par la séparation du placenta. (*Vide discorso del flusso di sangue, etc.*) L'on ne doit pas cependant supposer que l'hémorrhagie ne provienne pas du décollement du placenta chaque fois qu'il est placé très-haut, mais seulement que c'est une circonstance rare. Quand le cours du sang est rapide et abondant, l'on a tout lieu de supposer qu'une partie du placenta est séparée; mais si l'on a occasion d'intervenir, on trouvera généralement qu'il est placé près le col utérin ou du moins pas très-loin.

(1) Voy. Albinus, *Annot.*, lib. I, p. 58. *Recueil périod.*, tom. II, p. 15, et tom. III, p. 1.

niquement, la lésion est considérable, et en général elle est suivie de la destruction du fœtus.

La fatigue ou un violent exercice peut troubler l'action de la matrice, et donner lieu à une expulsion prématurée qui, dans ce cas-là, est accompagnée d'un écoulement de sang abondant. Ces causes peuvent aussi, par leurs effets sur la circulation, agir sur les vaisseaux qui se rendent à l'ovule et y produire un plus grand degré d'activité qu'ils n'en peuvent supporter sans se rompre. C'est donc avec raison que l'on a établi en pratique de défendre aux femmes enceintes une trop grande fatigue, ou un exercice musculaire trop violent; et chaque fois que l'on s'est écarté de cette règle, surtout si c'est une malade d'une constitution irritable ou pléthorique, le praticien doit examiner avec soin les premiers indices de la lésion ou les premiers symptômes du rallentissement dans l'action utérine. Le repos et les opiacés, d'après les principes généraux, doivent être prescrits, et si la circulation est affectée, ou si l'on redoute un surcroît d'action dans les vaisseaux utérins, on recourra à la saignée et l'on tiendra la malade dans un état de fraîcheur et de repos. — De violents efforts faits pour aller à la selle, ou pour soulever des corps lourds, ou pour atteindre une chose élevée, ainsi que l'action de se courber fréquemment, peuvent, en comprimant la matrice, causer une séparation du placenta; car le plus grand effet sera produit là où la résistance est la moindre et où le support est le plus faible, ce qui a lieu à la partie postérieure de la matrice, et là une rupture pourra se faire.

Une action anormale des vaisseaux qui se rendent au placenta ou aux membranes peut devenir dangereuse, et produire une rupture ou une extravasation. Ceci peut se lier à un état général du système vasculaire marqué par la pléthore ou par une excitation artérielle, ou bien il peut dépendre plus immédiatement de l'état de la matrice elle-même. — Quand la malade est pléthorique, ou quand l'action du système vasculaire est augmentée, il est naturel de supposer que l'effet sera plus grand dans les parties de la matrice qui sont au plus haut degré d'activité. Il y en a principalement deux : la partie à laquelle s'attache le placenta, car là les vaisseaux sont volumineux et nombreux; et la partie qui environne le col utérin, parce que là s'opèrent les plus grands changements. C'est à l'une ou à l'autre de ces deux places que la rupture doit le plus probablement avoir lieu, et elle arrivera d'autant plus facilement que le placenta sera attaché au col ou tout auprès. Elle peut être causée par une trop grande quantité de sang, qui continue de circuler dans l'économie, ou par un accroissement momentané dans la force et la rapidité de la circulation produit par les passions, les stimulants, etc. L'état de pléthore est une cause fréquente d'hémorrhagie chez les sujets jeunes, vigoureux et actifs. Les membranes sont séparées et il s'écoule une grande quantité de sang; peut-être le placenta est-il détaché, et alors l'hémorrhagie est plus inquiétante. Dans quelques cas la rupture est précédée de crachement de sang ou de saignement au nez; et dans ces cas la saignée sera utile.

L'on trouve quelquefois que l'extravasation est produite par une augmentation d'action dans les vaisseaux utérins eux-mêmes, qui existe comme une maladie locale. Dans ce cas, la malade, quelque temps avant l'attaque, ressent un poids et une sensation pénibles dans la région hypogastrique, avec de légères douleurs lancinantes dans le ventre ou dans le dos. Ces symptômes précurseurs ont été généralement rapportés à une cause différente, telle que la rigidité des ligaments de la matrice, ou des fibres de l'utérus lui-même. — Une action spasmodique vers le col utérin peut produire une séparation des vaisseaux qui s'y rendent. Les causes qui lui donnent naissance ne sont pas toujours visibles, et l'on ne peut facilement déterminer les cas où cette action occasionne une perte. L'on croirait que l'hémorrhagie doit toujours être précédée de douleurs, mais l'on sait que ce mouvement spasmodique peut avoir lieu, dans quelques cas, autour du col utérin, sans déterminer une grande sensation; et, d'un autre côté, beaucoup de cas de perte sanguine, indépendants du mouvement des fibres de l'utérus, sont accompagnés de malaise ou de douleurs irrégulières dans l'abdomen. On produit souvent cette action spasmodique en soumettant des femelles pleines à la pendaison.

Tout ce qui arrête prématurément l'action de la grossesse peut donner lieu à une plus ou moins grande hémorrhagie, car dans ce cas-ci le développement du col a lieu promptement, et l'ovule doit être détaché. La quantité de l'é-

coulemement (1) dépendra de l'état de la circulation, de la grosseur des vaisseaux déchirés, de la contraction de l'utérus et des soins que l'on prend de la malade, d'où cette règle que dans tout travail prématuré, surtout dans la première période, il faut défendre toute espèce d'exercice, l'emploi des stimulants, et maintenir la malade dans une position horizontale. — Il arrive quelquefois qu'une contraction efficace n'a pas lieu de suite après que l'action de la grossesse a cessé, mais qu'il survient un écoulement sanguin. Il peut s'arrêter après une syncope ou la formation de caillots. Le sang qui est retenu vers le col et l'orifice utérin répand en se putréfiant une odeur très-forte; il y a une sécrétion laiteuse, comme si l'accouchement avait eu lieu, et il survient de la fièvre. La malade peut rester plusieurs jours dans cet état, et elle peut succomber si l'on n'intervient pas.

Un état anormal dans l'action qui se passe vers l'orifice utérin est, en ôtant ou en arrêtant la sécrétion de cette gelée, qui doit naturellement remplir sa cavité, une autre cause d'hémorrhagie. — Elle produit généralement un écoulement aqueux teint de sang, et si la femme ne se soigne pas, il peut s'écouler du sang pur en grande quantité; il peut même arriver que l'hémorrhagie devienne, dans de certaines circonstances, mortelle; et cependant la dissection montre que l'ovule est peu ou point du tout détaché; mais que l'hémorrhagie est venue des vaisseaux de l'orifice lui-même (2). Dans quelques cas où une portion du placenta a été détachée, j'ai observé que près de la partie séparée, le tissu du placenta était morbide, dur et grisâtre. Dans ces circonstances, je n'ai pu découvrir aucune cause de séparation, et je suppose que, par la pression accidentelle de l'enfant, l'utérus a pu être irrité. L'insertion du placenta sur l'orifice utérin (3) peut donner naissance à une perte, de différentes manières. L'utérus et le placenta peuvent rester en contact jusqu'au terme du travail naturel, s'adaptant l'un à l'autre. Mais souvent à une période moins avancée, dans le huitième ou neuvième mois, l'on trouve que l'utérus et le placenta ne se développent plus également, de sorte que les fibres situées à l'orifice utérin sont provoquées à l'action, ou bien la quantité de sang qui dans cet état doit nécessairement circuler autour du col utérin, en trouble les fonctions régulières et amène une contraction prématurée de ses fibres, avec une séparation consécutive des vaisseaux qui s'y rendent.

Pour savoir si l'hémorrhagie procède de cette cause, l'on doit dans tous les cas pour lesquels on est appelé, examiner avec soin la malade. L'introduction du doigt suffit quelquefois, mais souvent il est nécessaire d'introduire toute la main dans le vagin. — Si c'est le placenta qui se présente, l'on trouvera la partie inférieure de la matrice plus épaisse que de coutume, et l'on ne pourra sentir aussi distinctement l'enfant s'appuyer sur elle. Ceci peut être constaté en pressant avec le doigt sur la partie antérieure du col, entre l'orifice utérin et la vessie, et aussi un peu des deux côtés (1). Si l'orifice utérin est un peu ouvert, alors en y insinuant le doigt et en l'introduisant à travers les petits caillots, l'on peut s'assurer promptement si c'est le placenta ou les membranes qui se présentent, en rétablissant la différence qui existe entre

---

(1) Dans les cas où la contraction devient universelle et efficace, il y a une légère hémorrhagie, et l'on dit que la malade a un accouchement prématuré; mais si les contractions sont partielles et si elles ne deviennent pas efficaces, l'on dit qu'elle a eu une perte.

(2) Voir un cas rapporté par M. Heinigke dans le premier volume de Brewer's *Bibliothec. Germ.*

(3) Autant que j'ai pu l'observer, l'hémorrhagie utérine est produite le plus souvent par cette cause; du moins les deux tiers des cas qui réclament la délivrance artificielle procèdent, je pense, de la présentation du placenta; et dans la majorité des autres, on le trouvera attaché auprès du col. La plupart des hémorrhagies que l'on guérit sans extraire l'enfant viennent du décollement de la caduque seule, ou d'une très-petite portion du placenta, qui a été séparée dans des circonstances favorables à une coagulation solide.

(1) Quand un large caillot occupe la partie inférieure de l'utérus, il peut induire en erreur, surtout si nous nous contentons d'examiner à l'extérieur, sans introduire le doigt au-dedans de la matrice. Si l'utérus est senti comme d'ordinaire, et si l'on perçoit distinctement l'enfant à travers ses parois, alors on est sûr que, quelque près de l'orifice que soit placé le placenta, il n'est pas exactement attaché dessus.

eux. Mais, en faisant cet examen, il ne faut pas oublier que si c'est seulement une petite portion du bord du placenta qui se présente, on ne peut la sentir facilement du premier abord, surtout si un caillot remplit la partie supérieure de l'orifice utérin.

Pour terminer cette partie de mon sujet, j'observerai en général que l'hémorrhagie provenant de l'utérus n'est pas simplement artérielle, mais aussi veineuse, et que l'orifice des veines est extrêmement large. Presque immédiatement après la conception, les veines s'élargissent et se dilatent, ce qui contribue en grande partie à donner à l'utérus ce velouté qu'il acquiert. A la fin de la grossesse les sinus sont d'une telle grosseur, et leurs extrémités sont tellement larges, qu'en beaucoup d'endroits ils admettent le bout du doigt. Or, comme toutes les veines communiquent entre elles plus librement que les artères, et comme dans la matrice elles n'ont point de valvules, on peut concevoir aisément la rapidité avec laquelle l'écoulement sanguin peut se faire et la nécessité de favoriser les caillots qui arrêtent encore plus promptement l'hémorrhagie veineuse que l'artérielle. L'écoulement qui vient des sinus marginaux est artériel.

De quelque manière que se fasse l'écoulement sanguin, il tend à léser ou à troubler l'action de la grossesse et à provoquer l'expulsion du fœtus. Mais ces effets peuvent s'accomplir très-lentement, comme dans un très-grand nombre de cas ils peuvent ne pas laisser même le temps de sauver la mère ou son enfant. Comme j'ai déjà indiqué les changements que produit l'hémorrhagie sur la matrice et le danger qu'il y a de s'y fier pour le rétablissement de la malade, je ne ferai pas de récapitulation, mais je mentionnerai très-brièvement les effets produits sur l'économie en général.

Pendant la durée de l'hémorrhagie ou par la répétition des paroxysmes, si on ne les arrête pas, il se produit certaines altérations très-importantes. Le sang circule en moins grande quantité qu'auparavant, et ce sang, lorsque l'hémorrhagie s'est renouvelée fréquemment, est moins stimulant dans ses propriétés, et moins capable de communiquer de l'énergie au cerveau et aux nerfs. Il s'ensuit que toutes les actions de l'économie doivent se faire avec moins d'ordre et moins de force. La constitution est beaucoup plus irritable qu'auparavant, et de légères impressions produisent les plus grands effets. C'est ce qui donne naissance à un grand nombre d'affections hystériques, quelquefois même convulsives. L'estomac ne peut digérer aussi facilement la nourriture, les intestins deviennent plus paresseux, le cœur bat plus faiblement, les artères agissent avec peu de force, les fibres musculaires se contractent avec moins d'énergie, et toute l'économie perd de son action, et doit descendre, s'il est permis de le dire, dans une échelle inférieure. Dans cet état de choses, la plus légère lésion causera un tort irréparable à l'économie; les causes les plus minimes en changeront les fonctions et les rendront irrégulières. Si la faiblesse est portée à un plus haut degré, aucun soin ne pourra réparer l'économie, aucun moyen ne pourra rendre les forces à l'utérus. On peut arrêter l'hémorrhagie, mais l'on ne peut rendre la santé; l'on peut extraire l'enfant, mais la matrice ne peut se contracter. Quand il y a eu une grande quantité de sang de perdu, surtout s'il s'y est joint quelque irritation, il y a un état approchant de la fièvre, ce que j'ai expliqué à l'article ménorrhagie. Le pouls est faible, mais tendu, la peau un peu chaude, la langue plus ou moins sèche. Cet état du système vasculaire est dangereux, vu qu'il épuise encore plus une constitution déjà très-faible, et vu aussi qu'il tend à renouveler l'hémorrhagie. On trouvera souvent qu'il dépend d'une légère irritation de la matrice, d'une accumulation de matières fécales dans les intestins, d'une maladie de la poitrine, d'une douleur musculaire, ou d'un mauvais emploi de stimulants. Mais, comme je l'ai expliqué dans une dernière section, la simple perte de sang peut d'elle-même produire un état fébrile.

Les organes qui étaient préalablement disposés à une maladie, ou qui ont été directement ou indirectement lésés pendant la durée d'une hémorrhagie prolongée, peuvent causer une irritation ou occasionner un grand trouble.—Une attaque aiguë d'hémorrhagie place généralement la malade dans un état de simple faiblesse; mais si on laisse la perte se renouveler fréquemment et que la maladie soit ainsi prolongée, alors l'état maladif qui survient dans le système vasculaire ajoute au danger, et provoque, si la femme n'est point délivrée promptement, des retours plus rapprochés. — Une femme souffre beaucoup ou du moins évidemment, dans une première attaque d'hé-

morrhagie ; si elle est forte et pléthorique, elle peut perdre une grande quantité de sang, et cependant en apparence n'être pas très-abattue, quoiqu'en réalité elle soit dans un état où une perte plus grande peut causer des symptômes alarmants. L'hémorrhagie peut survenir dans des conditions bien différentes; la femme peut ne s'en apercevoir qu'après que le travail a commencé, et alors le sang peut couler d'abord avec impétuosité, ou l'écoulement d'abord léger augmente rapidement à mesure que le travail avance, ou elle peut survenir long-temps avant l'époque de l'accouchement. La femme peut s'éveiller tout-à-coup, et se trouver nageant dans le sang, ou elle peut l'éprouver en marchant; ou bien la perte peut être précédée d'une envie d'uriner, et la femme est surprise de trouver le vase à moitié rempli de sang. Si l'attaque n'est pas très-forte, qu'elle soit promptement arrêtée, et s'il n'y a point de travail, la femme revient de sa frayeur. Peut-être malgré nos injonctions, elle se promènera comme d'habitude, et ne se trouvera point mal de prendre de l'exercice. Le sentiment de pesanteur qui peut avoir précédé l'accident a disparu, elle est plus légère et se trouve mieux qu'elle n'était auparavant, et elle espère que tout ira bien ; mais au bout de quelques jours l'hémorrhagie recommence et s'arrête de nouveau. Enfin après un ou deux retours, car l'époque est incertaine, l'orifice utérin devient mou et s'ouvre un peu, peut-être sans douleur, ou bien la malade ressent de légères douleurs sourdes, qui du reste lui causent peu de gêne. Cet état peut se montrer de bonne heure, et sans être accompagné d'une faiblesse dangereuse ; il peut survenir dans la seconde ou troisième attaque. Ou bien l'hémorrhagie n'a jamais disparu entièrement, mais elle a continué quelques jours comme un écoulement menstruel, et puis elle a augmenté tout d'un coup, ou bien le sang s'écoule en torrent. Mais quoique cet état de l'utérus, qu'il arrive avant la fin de la grossesse ou dans le cours du travail, puisse exister sans causer de faiblesse alarmante, il peut aussi, et cela très-vite, présenter le plus grand danger, ou s'accompagner d'une hémorrhagie si grande qu'elle devient absolument mortelle. La malade n'a plus une seule goutte de sang à son visage, ses extrémités sont froides, le pouls a presque disparu, et son estomac ne peut garder aucune boisson. Elle est au dernier degré de l'anémie, mais cette anémie n'est point produite par la fièvre ou par une maladie, car souvent sa voix est bonne et son intelligence intacte. L'hémorrhagie s'est peut-être arrêtée, et un jeune médecin supposerait que la femme peut en revenir. Mais quoiqu'ensuite elle ne perde plus une seule goutte de sang, la faiblesse augmente, le pouls a entièrement disparu, elle respire avec difficulté, elle pousse de longs soupirs, elle balbutie, et peu de temps après elle expire.

On peut établir en thèse générale que peu de cas d'hémorrhagie abondante survenant à une époque avancée de la grossesse peuvent être guéris sans l'extraction ou l'expulsion de l'enfant, car, lorsque la perte est abondante ou prolongée, un côté du placenta est généralement séparé, quelquefois à une étendue très-considérable, et l'on ne peut attendre une réunion sans laquelle la femme ne peut être en sûreté contre une autre attaque. Si le placenta se présente, l'hémorrhagie, quoique suspendue, reviendra certainement, et peu de femmes survivront, si l'enfant n'est point extrait.

Mais dans les cas où il n'y a qu'une portion de la caduque qui soit détachée, et que les vaisseaux de communication qui soient ouverts, l'hémorrhagie, si l'on apporte les soins convenables, peut être complètement et pour toujours arrêtée, soit par un état de réaction dans le système vasculaire, ou par quelque effort mécanique, ou par une trop grande quantité de sang dans les vaisseaux ; ou si la perte doit revenir, elle peut être si légère, ou se composer tellement du liquide fourni par les follicules situées autour de l'orifice utérin, qu'elle ne peut troubler la grossesse, ni léser la constitution. Cependant il faut se rappeler que même ces sortes de perte peuvent quelquefois s'élever à un degré dangereux qui requiert des moyens très-actifs et très-efficaces, et l'on ne doit, dans aucun cas, considérer la malade en sûreté, à moins que l'on n'apporte le plus grand soin et la plus grande attention à ses actions. Il paraîtrait ainsi que quelques hémorrhagies se terminent presque inévitablement, soit par l'extraction de l'enfant, ou par la mort de la mère, tandis que d'autres peuvent être arrêtées ou modérées sans aucune opération. On ne peut, entre ces cas, établir une ligne précise de diagnostic, qui ne souffre point d'exceptions ; et, par conséquent, lorsque nous croyons que des hémorrhagies promptes et abondantes, qui indi-

quent la rupture de gros vaisseaux, peuvent rarement être arrêtées d'une manière permanente, cependant, pourvu que le placenta ne se présente pas, nous avons encore quelque espoir par la terminaison que l'on doit désirer le plus pour la mère, et qui est plus sûre pour l'enfant, je veux dire un accouchement prématuré. Dans les cas moins graves, notre espoir se change en une certaine confiance.

Une seconde attaque, surtout si elle survient bientôt après la première, à la suite d'une cause légère, ou sans cause apparente, diminue de beaucoup la chance d'amener la femme à une heureuse terminaison sans aucune intervention manuelle. — Pour former notre opinion sur le danger immédiat que court la malade, il faut considérer son état actuel et son ancienne constitution. Il faut examiner l'état du pouls, et le comparer dans notre esprit avec la quantité et la rapidité de l'hémorrhagie. Un pouls faible avec une perte modérée, sous le rapport de la quantité et de la rapidité, indiquera qu'elle dépend, si préalablement la malade a joui d'une bonne santé, de quelque cause, dont l'action n'est que momentanée. Mais quand la faiblesse du pouls provient d'une hémorrhagie abondante ou répétée, alors, quoique le pouls puisse quelquefois devenir encore plus faible par une oppression, ou un sentiment de prostration à l'estomac, cependant lorsque la perte a cessé, il ne devient pas plus fort, il est aisément comprimé, et affecté par le moindre mouvement, quelquefois même par celui que fait la malade pour lever la tête. — Si l'attaque doit devenir mortelle, la débilité augmente, le pouls fuit et devient imperceptible, les extrémités d'abord, et puis tout le corps, deviennent froides et visqueuses, la respiration s'effectue par un soupir, la malade demande à être soulevée, à avoir les fenêtres ouvertes, elle est dans un mouvement continuel, elle éprouve une grande anxiété, peut-être des vomissements, et la syncope termine la scène. — S'il se joint de l'irritation à l'hémorrhagie, ou si le système vasculaire est excité, alors le pouls est plus fort, et quoique voisin de la mort on le sent plus distinctement que lorsqu'il n'y a pas d'irritation. — La terminaison, dans ce cas, est souvent plus rapide que ne le supposerait une personne peu familière avec l'effet de la douleur et de l'irritation sur le pouls. Car lorsque les pulsations sont distinctes, et même en apparence un peu fortes, une légère augmentation dans l'écoulement sanguin, ou quelquefois un effort sans qu'il y ait perte, l'arrête promptement; la chaleur se retire, et la malade ne revient jamais de l'attaque. — Il faut aussi se rappeler qu'une perte qui arrive graduellement peut être supportée plus facilement qu'une autre moins abondante où le sang s'écoule plus rapidement. Car les vaisseaux, dans le premier cas, s'accoutument au changement, et sont plus disposés à se prêter à cette diminution dans la quantité du sang. Mais lorsque le sang s'écoule rapidement, alors il se fait une contraction prompte et générale dans le système vasculaire, afin qu'il puisse s'adapter à la quantité de sang qu'il contient; et ceci est toujours un commencement de faiblesse. La différence aussi entre l'état ancien et l'état présent du corps se fait sentir rapidement, et produit le même effet que si l'on mettait un bon vivant à un régime austère.

Dans tous les cas de perte abondante, l'on trouve que, pendant l'attaque, le pouls vacille, et la personne chancelle. Une syncope complète peut même survenir; mais dans la plupart des cas elle dépend plutôt d'un mal de cœur ou d'une oppression de l'estomac que directement de la perte de sang. Dans les constitutions délicates et irritables, le nombre des évanouissements peut être grand, mais à moins que la malade ne soit très-épuisée, l'on trouve généralement que le pouls se rétablit, et que les forces reviennent. Le pronostic dans cette circonstance doit dépendre surtout de l'abondance et de la rapidité de la perte, car il peut arriver que la première attaque d'hémorrhagie produise une syncope, à laquelle succombe la malade. — Quand nous sommes appelés auprès d'une femme récemment atteinte d'une perte, notre premier devoir est d'arrêter immédiatement la violence de l'écoulement; ensuite l'on peut prendre les mesures que demande la nature du cas, soit pour prolonger la grossesse, ou pour favoriser l'expulsion de l'enfant. — Le repos absolu dans une position horizontale doit être prescrit avec une grande persévérance comme la première règle à suivre. Par le repos seul, sans aucun autre remède, on peut guérir quelques hémorrhagies, mais sans cela aucune malade n'est en sûreté. Même après que les pre-

mières craintes d'un retour sont dissipées, elle doit avoir présente à ses yeux le danger qu'elle a couru. Elle doit rester au lit sur des matelas assez durs, pendant plusieurs jours, et elle ne devra pas quitter la chambre qu'après un temps beaucoup plus long. En général, la malade s'est couchée avant de nous appeler, et peut-être, dans le temps que nous mettons à venir, l'hémorrhagie a-t-elle cessé en grande partie. Le vide partiel opéré dans les vaisseaux par la rupture, par la production d'un état voisin d'une syncope, consécutive à la perte, par la crainte qu'éprouve la malade, et par une position horizontale, tout cela peut avoir contribué à arrêter l'hémorrhagie.

Dès que les craintes inspirées immédiatement par la perte se sont dissipées, la malade redoute plutôt un travail prématuré que le retour de l'hémorrhagie qu'elle regarde comme passée. Si l'attaque a été accompagnée d'une légère douleur abdominale, les craintes de la malade augmentent. Mais nous ne devons pas entrer dans ces détails, nous devons considérer l'hémorrhagie comme le symptôme prédominant, comme la principale source du danger. Nous devons regarder la prostration actuelle comme un calme incertain, et quel que soit l'avis que nous donnions, ou les remèdes que nous employions, nous ne devons pas quitter notre malade sans avoir insisté fortement devant les personnes qui lui donnent des soins sur le danger de la négligence, et sur la nécessité d'avertir promptement si l'hémorrhagie se renouvelait. Il n'y a pas de maladie pour laquelle le praticien est appelé où il encourt une plus grande responsabilité que dans l'hémorrhagie utérine. Il faut employer les mesures les plus promptes et les plus efficaces, il faut y donner la plus grande attention; et chaque fois qu'il entreprend une maladie de ce genre, quelle que soit la condition de la femme, il doit la surveiller avec constance et oublier toute considération de gain ou de peine. Sa réputation, la tranquillité de son âme, la vie de sa cliente et celle de son enfant sont exposées. Je rends à l'étudiant le plus grand service lorsque je recommande principalement ces considérations à ses réflexions, et lorsque je le prie et que je le supplie de bien peser le mode de conduite qu'il doit suivre, les soins nécessaires qu'il doit apporter, je parle pour l'existence de sa malade, pour sa propre réputation et pour son propre bonheur: l'ajournement, l'irrésolution ou la timidité ont précipité d'innombrables victimes au tombeau, tandis que la précipitation d'hommes insensibles n'a été moins pernicieuse que parce que la négligence est plus commune que l'activité.

Je vais chercher à indiquer le traitement convenable dans le commencement de l'hémorrhagie utérine, et les meilleurs moyens de terminer l'accouchement lorsque la malade ne peut être conduite à terme avec sûreté. Après qu'elle a été couchée, il faut examiner comment on doit arrêter de suite l'hémorrhagie, et si l'on peut en prévenir le retour: il est en tout temps convenable de constater par l'examen exactement la position de la malade, vu qu'il nous fait connaître l'état du col et celui de l'orifice de l'utérus; s'il y a quelque disposition au travail, si l'écoulement est arrêté par un caillot aux orifices des vaisseaux (1), ou par un large caillot à la partie supérieure du vagin; si le placenta est attaché à l'orifice utérin, ou si ce sont les membranes qui se présentent; il faut aussi chercher à constater la quantité de sang qui a été perdu, la rapidité avec laquelle il s'est écoulé, l'effet qu'il a produit sur la mère ou sur l'enfant, et la cause qui paraît avoir occasionné l'hémorrhagie.

Le premier remède qui en principe général s'offre à notre attention, c'est la saignée, dans les cas où l'hémorrhagie a été produite par une suractiion des vaisseaux de la membrane caduque, ou par un état de pléthore, ou dans lesquels la perte paraît avoir été maintenue par ces causes. Ce remède, employé de bonne heure et suivi des autres moyens, peut être efficace, non-seulement pour arrêter la présente attaque, mais aussi pour prévenir un retour. Mais il ne faut pas l'appliquer pour ce seul cas à toutes les conditions, il faut tenir compte de la cause et examiner jusqu'à quel point l'hémorrhagie est maintenue par le trop plein ou par l'action morbide des vaisseaux. Dans les cas où l'attaque n'est point liée à la

(1) Nous pouvons supposer que c'est là le cas, si nous ne trouvons aucun caillot dans le vagin, qui ferme l'orifice utérin; nous ne devons pas, dans cet examen, faire entrer le doigt de force à l'intérieur de la matrice, ni détacher les petits caillots qui ont pu se former à son intérieur et qui peuvent arrêter l'hémorrhagie.

pléthore ni à une action anormale dans le système vasculaire, la saignée n'est point indiquée, bien plus elle est positivement dangereuse. Nous possédons dans ces cas-là, qui sont les plus nombreux, d'autres moyens de modérer sûrement et énergiquement l'action vasculaire sans tirer du sang, que l'on doit en thèse générale épargner dans cette maladie autant que possible. Et l'étudiant doit bien se pénétrer de ce précepte que la saignée est rarement requise et que, son emploi est limité à un seul cas. Tout ce qui diminue matériellement et subitement la quantité du sang doit affaiblir directement et demander une prompte réparation, autrement l'économie en souffre pour long-temps. — L'on trouvera qu'à l'exception de ces circonstances particulières que j'ai spécifiées, et où nous avons raison de croire que le placenta adhère entièrement, et que la rupture des vaisseaux de la caduque dépend directement de leur plénitude ou de leur grande action, on peut aisément modérer la circulation par des moyens autres que la saignée, et surtout par l'application du froid. On l'obtient non-seulement en appliquant des linges trempés dans de l'eau froide au dos et à la vulve, mais aussi lorsque la chaleur est forte, en épongeant avec de l'eau froide les jambes, les bras et même le tronc; en couvrant légèrement la malade, et en faisant circuler librement un air frais jusqu'à ce que l'effet se fasse sentir sur les vaisseaux; après quoi non-seulement on ne retirera plus aucun avantage, mais on se trouvera mal d'une application de froid prolongée plus long-temps. Tout ce qui est nécessaire alors c'est de surveiller toute application de la chaleur, c'est-à-dire d'élever la température au-dessus du terme moyen.

Le degré jusqu'où l'on doit porter le froid dépendra des circonstances. Dans une première attaque, il faut l'employer librement; mais lorsque la perte, soit vers la fin de cette attaque ou dans la suivante, a été poussée trop loin, au point de réduire la chaleur au-dessous du degré naturel, l'application du froid jettera trop l'économie dans la prostration. Dans quelques cas pressants, il peut même être nécessaire de sortir de la règle générale et d'appliquer des linges chauds aux mains, aux pieds et à l'estomac: c'est le cas lorsque la perte a été très-grande, lorsqu'on l'a laissée continuer avec abondance, et que nous craignons que l'économie ne s'abatte trop vite, et que les puissances vitales ne cèdent à la maladie. Il y a des cas où il faut un certain tact pour déterminer ce point, et dans ces circonstances il ne faut jamais quitter la malade, mais surveiller les effets de notre pratique. C'est une règle générale qui s'applique à toutes les hémorrhagies, quelle qu'ait été leur cause, ou quel que soit le vaisseau d'où part le sang. Une peau froide et un pouls petit ne peuvent jamais requérir une application franche et vigoureuse du froid; mais, d'un autre côté, ils n'indiquent pas l'application de la chaleur, à moins qu'ils n'augmentent et que les forces déclinent. Alors, l'on emploiera la chaleur avec précaution, pour conserver ce qui reste et non pour pousser imprudemment et rapidement l'action vitale au-delà de l'état actuel des forces. Dans l'application du froid, il faut aussi faire attention à la constitution préalable de la malade, à la tendance qu'elle a au rhumatisme ou aux affections pulmonaires.

Quand une artère est divisée, la pratique est alors de recourir, pour arrêter l'hémorrhagie, à la compression, appliquée par une ligature. L'on ne peut, il est vrai, exercer la compression directement et mécaniquement sur les vaisseaux utérins, mais l'on peut favoriser la coagulation, qui produit le même effet immédiat: le repos et le froid remplissent ce but, mais ce n'est que dans les cas peu graves qu'il faut les employer seuls. Dans ce pays, on a l'habitude de compter beaucoup sur l'application au dos et à la vulve de linges imbibés généralement d'eau froide ou mêlée à du vinaigre; mais ces moyens ne sont pas toujours efficaces, et quelquefois, selon l'état de la malade, ils ne sont pas admissibles. Les injections astringentes sont rarement avantageuses dans tout écoulement sanguin qui mérite le nom d'hémorrhagie; elles conviennent généralement dans un écoulement qui a lieu goutte à goutte, plutôt désagréable par sa durée que dangereux par sa gravité. Dans les cas pressants, elles sont nuisibles en dissolvant les caillots. — Le tamponnement du vagin avec un mouchoir (1) fin remplit tout ce que

(1) L'introduction d'un petit morceau de glace dans le premier pli du linge est suivie de grands avantages et a souvent un effet très-marqué. Le docteur Hoffman introduisait un linge imbibé d'une solution d'acide sulfurique, mais c'était plutôt un corps astringent qu'un tampon,

l'on peut attendre des injections en produisant la coagulation du sang à l'orifice des vaisseaux ; et chaque fois qu'un écoulement sanguin a lieu au point d'être appelé une perte, ou durc un peu de temps, on doit y avoir recours. L'avantage qu'on en retire est si grand et si prompt, que je m'étonne qu'on le mette de côté. Je veux bien que quelques femmes, par délicatesse ou pour d'autres motifs, en soient éloignées, mais toute considération doit céder devant celle de la sûreté, et la malade ainsi que le praticien doivent bien être pénétrés que le sang est ce qu'il y a de plus précieux, et que l'on n'en doit pas perdre une goutte que l'on peut conserver, à moins que la perte ne soit arrêtée pour toujours dès la première attaque, ce qui, lorsque les vaisseaux séparés sont larges et nombreux, arrive rarement. L'on doit s'attendre à un ou plusieurs retours avant que l'expulsion ne soit terminée. Moins la malade perdra donc du sang d'abord, plus elle pourra supporter la marche de la maladie, et moins la délivrance, lorsqu'elle viendra à s'effectuer, sera fâcheuse à elle ainsi qu'à l'enfant. Il est donc important d'abréger l'attaque autant que possible, et par conséquent, lorsque les circonstances le permettent, nous devons nous faire une règle d'avoir d'abord une garde malade attentive, qui sache en notre absence employer le tamponnement sans délai si l'hémorrhagie revenait à reparaître.

Mais tandis que je recommande si haut et si fortement l'emploi du tampon, je ne prétends pas qu'il faille négliger les autres moyens, ni qu'il faille s'en servir dans toutes les situations. Dans les premières attaques d'hémorrhagie, lorsque l'orifice de l'utérus est ferme, et que toute intervention manuelle est proscrite, je ne connais point de méthode ni plus sûre ni plus efficace pour arrêter l'hémorrhagie et pour sauver la malade. Mais, lorsque l'hémorrhagie a été abondante, ou fréquemment répétée, et que l'état de la malade demande une pratique plus active et requiert l'extraction du fœtus, alors le tamponnement ne peut plus convenir (1). Si on se repose sur lui, son emploi peut être suivi d'effets trompeurs et mortels. L'on peut à la vérité empêcher l'hémorrhagie de paraître à l'extérieur, mais il y a des exemples, et ces cas, quoique comparativement en petit nombre, doivent être constamment présents à la mémoire, où le sang s'est accumulé dans la matrice, qui, ayant perdu la force de se contracter ; s'est laissée distendre : pendant qu'elle se remplit lentement de caillots, les forces diminuent, les intestins s'enflent, le ventre se tuméfie au-delà du volume qu'il a au neuvième mois, quoique la malade soit loin de cette époque ; et dans ces circonstances, lorsque un praticien inhabile a peut-être conclu que tout allait bien du côté de l'hémorrhagie, la malade a expiré ou n'a vécu que le temps nécessaire pour l'extraction de l'enfant. Tous les écrivains praticiens nous prémunissent contre l'hémorrhagie interne, et ils portent si loin leurs craintes qu'ils nous conseillent de soulever la tête de l'enfant et d'observer si c'est du sang ou le liquide amniotique qui s'écoule (2), conseil que je ne puis approuver, parce que, dans les cas où les membranes ont cédé ou ont été ouvertes, la tête ne peut être aussi mobile, et l'on ne peut faire ces tentatives à moins que l'on n'ait attendu jusqu'à ce qu'un relâchement dangereux se soit établi dans les fibres utérines : et si d'un autre côté l'on a en vue l'extraction du fœtus, notre premier objet est de conserver autant que possible la liqueur amniotique afin de faire la version. Le sang peut aussi s'amasser dans la partie supérieure du vagin en quantité considérable, lorsqu'on a eu trop tard recours au tampon-

---

et il ne le propose pas comme une règle générale. Il considère qu'il fut obligé d'avoir recours *ad anceps et extremum auxilium*. *Vide Opera omnia*, tom. IV. Leroux employait le tamponnement plus librement. Voir *Observations sur les pertes*, 1776. Quelques auteurs modernes en font peu de cas, et Gardien dit que, lorsque le placenta est attaché à l'orifice de l'utérus, il est nuisible en excitant la matrice à dilater son orifice.

(1) M. Ingleby, dans son *Traité sur l'hémorrhagie utérine*, semble penser que je n'approuve pas l'emploi du tamponnement dans une hémorrhagie abondante ; c'est tout le contraire, si la délivrance ne peut avoir lieu ; mais, dans les cas où la perte a été abondante et répétée, l'orifice utérin est généralement dilatable, et alors le plus sûr parti c'est de délivrer la mère.

(2) Voyez le docteur Johnson's *System. of mid. wifery*, p. 157, et le docteur Leak's *Diseases of women*, vol. II, p. 280.

nement, car alors la moindre perte de sang est d'une grande importance. A une époque peu avancée, je ne pense pas qu'il y ait raison de craindre en pareil cas, mais il est bon de se rappeler la possibilité de la chose et d'examiner l'état actuel de la malade à des intervalles convenables. Si le vagin n'a point été seulement fermé près de son orifice, mais tamponné comme il doit être, il y a peu de place pour une grande quantité de sang. La partie supérieure du vagin peut, il est vrai, se distendre, mais non à un haut degré, vu qu'en général les caillots, formant la continuation du tampon, arrêtent l'hémorrhagie. Le sentiment de distension, ou de pesanteur, et de pression sur la vessie, nous avertirait de l'inefficacité du tamponnement. Il serait difficile de prouver qu'il ait causé jamais un épanchement entre les membranes ou entre le placenta et l'utérus, dans les premiers temps de la maladie.

Outre l'emploi de ces moyens, il sera convenable aussi, surtout dans une première attaque, et lorsque nous n'avons pas l'intention de délivrer la femme, de donner un opiacé pour calmer l'irritation, et cette potion est souvent suivie d'un heureux résultat. Une longue expérience me permet de parler avec confiance sur ce sujet, ou de recommander, dans tous les cas où l'hémorrhagie ne dépend pas de la pléthore, de prescrire le laudanum à haute dose, vu qu'il calme l'irritation et qu'il arrête la perte pendant quelque temps. — Tels sont les moyens les plus efficaces d'arrêter promptement et immédiatement la violence de l'hémorrhagie. Ce qu'il faut examiner ensuite, c'est de savoir si l'on peut conduire avec sûreté la malade jusqu'à terme, et de quelle manière l'on peut prévenir un retour de l'hémorrhagie. Je puis, je crois, établir en règle générale, que, lorsqu'une portion considérable de la caduque a été décollée dans le septième mois, ou à une époque plus avancée de la grossesse, l'hémorrhagie, quoiqu'elle puisse être arrêtée, est sujette à reparaître. Quand une partie du placenta a été détachée, et surtout si cet organe est fixé sur l'orifice utérin, la grossesse ne peut durer longtemps; car l'utérus a été tellement lésé qu'il s'ensuit une expulsion et une guérison naturelle, ou bien la femme continue de perdre son sang jusqu'à la mort; et alors il faut que nous la délivrions pour empêcher cette terrible terminaison. Si l'écoulement sanguin est peu considérable, et s'il n'a point été rapide, s'il s'arrête promptement et aisément, s'il ne se forme pas de larges caillots dans le vagin, si la partie inférieure de la matrice est la même au toucher, témoignant par là que le placenta n'y est point attaché et que des caillots volumineux ne sont point gardés à l'intérieur de l'orifice utérin; si l'enfant est encore vivant, s'il n'y a aucun signe que le travail approche, et si la légère perte qui continue de couler est principalement aqueuse, l'on peut dans ces circonstances conclure que les vaisseaux qui ont été rompus ne sont pas très-larges, et l'on a quelque raison d'espérer qu'avec des soins et une conduite prudente la femme pourra aller jusqu'à terme. Il est difficile de dire si, dans cette circonstance, l'utérus forme de nouveaux vaisseaux pour remplacer ceux qui ont été déchirés, ou si la réunion est effectuée par l'incorporation de ceux-ci avec les vaisseaux correspondants du chorion. Dans les premiers mois, l'on sait que la réunion est possible, mais, quand à une époque plus avancée la membrane caduque est devenue très-mince, molle et presque gélatineuse, il n'est pas probable que la circulation puisse se rétablir; au reste l'on sait que la possibilité d'un rétablissement ou d'une réparation est très-limitée, et ne peut arriver que lorsque la lésion n'est pas très-étendue; mais, quoique la réunion ne puisse avoir lieu, les vaisseaux à l'endroit même peuvent se contracter et fournir une sécrétion séreuse plutôt que du sang pur.

Quand le placenta est séparé en partie, tous les faits que nous possédons militent contre l'opinion que la réunion est possible. Si la portion est très-petite, et si les vaisseaux ne sont pas très-gros, l'hémorrhagie peut ne plus reparaître, et un petit caillot peut la faire cesser pour toujours. Mais si la séparation est plus grande, et si le placenta est attaché très-bas, ou sur l'orifice utérin, la malade ne peut arriver à terme, à moins que la grossesse ne soit très-avancée. L'on jugera du cas d'après l'abondance et la violence de l'hémorrhagie (car toute hémorrhagie abondante provient de la séparation du placenta), d'après la sensation que donnera au toucher la partie inférieure de la matrice, d'après la quantité des caillots et la durée de l'écoulement sanguin, qui ne s'arrêtera que par une syncope, circonstance qui indique un grand danger.

Le meilleur moyen de prévenir une recrudescence, c'est de modérer la circulation, d'abaisser l'action de l'économie à un degré qui soit en harmonie avec ses forces. On sera convaincu de l'importance de cette règle, si l'on considère que, parmi d'autres circonstances, chez une malade qui aura déjà éprouvé une perte, une surprise ou une agitation quelconque, qui accélèrent momentanément la circulation, feront reparaître souvent l'hémorrhagie. L'action des artères dépend beaucoup de celle du cœur, et réciproquement l'action de cet organe dépend du sang. Quand il y a eu beaucoup de sang de perdu, le cœur est faiblement excité à se contracter, et dans quelques cas il ne bat qu'avec la force suffisante pour se débarrasser du sang. Cet état évidemment diminue la chance d'une reproduction de l'hémorrhagie; et, dans quelques cas, comme par exemple dans l'hémoptysie, l'on provoque cette faiblesse du cœur en retirant tout-à-coup une certaine quantité de sang. Tout ce qui tend à réveiller l'action du cœur tend à renouveler l'hémorrhagie; et si l'on établit cette proposition, que la rapidité avec laquelle la force et l'action des vaisseaux sont diminuées, dépend beaucoup de celle avec laquelle on retire un stimulus quelconque, on trouvera que la réciproque est également vraie, et l'on verrait, si l'on pouvait rendre la quantité de sang perdu aussi vite qu'il s'est écoulé, se produire sur le cœur le même effet que si la personne avait bu une forte quantité de vin. Il a été d'usage de donner des aliments nourrissants pour réparer la quantité de sang perdu; mais, à moins que les vaisseaux rompus ne soient fermés, ou que la tendance à l'hémorrhagie ne soit arrêtée, cette pratique doit être dangereuse. Notre principal but est de prévenir la perte de sang, mais il ne s'ensuit pas que, lorsqu'il est perdu, nous devions désirer le réparer rapidement; cette opinion est contre tout principe d'une saine pathologie, mais elle est soutenue par les préjugés de ceux qui ne réfléchissent pas ou qui ignorent la chose. Quand une femme est abattue par une perte même légère, l'introduction d'une grande quantité de nourriture dans l'estomac cause une irritation considérable; et, s'il se fait beaucoup de sang, l'action vasculaire doit être augmentée. Qu'est-ce qui arrête l'écoulement du sang, ou qui l'empêche de reparaître pour un temps? N'est-ce pas une diminution dans la force de la circulation, qui ne peut vaincre alors la résistance apportée dans les caillots? Le mouvement ne déplace-t-il pas ces caillots, et ne renouvelle-t-il pas l'écoulement sanguin? Le vin n'excite-t-il pas pour un temps la force de la circulation, et ne reproduit-il pas l'hémorrhagie? Il est donc conforme à tout raisonnement sain et à l'expérience des siècles qu'un régime nourrissant est dangereux, lorsque les vaisseaux sont ouverts. Ne défendons-nous pas de prendre des aliments nourrissants et de parler beaucoup dans une hémorrhagie des poumons? Et la nourriture et le mouvement peuvent-ils donc convenir dans une hémorrhagie utérine? S'il était possible de réparer en une heure le sang qu'on a perdu dans une hémorrhagie, il est évident, qu'à moins que la condition locale des parties ne fût changée, l'hémorrhagie serait renouvelée à la fin de cette heure.

Les aliments seront légers, doux, et donnés en petite quantité à la fois, de manière à produire peu d'irritation (1). On évitera de prescrire une trop grande quantité de liquide, qui remplirait trop vite les vaisseaux; l'on fera plus de bien en évitant tout ce qui peut stimuler et exciter l'action de l'économie (2), qu'en remplissant

(1) Comme les gelées de végétaux, le sagou, le pain rôti, le biscuit sec, etc. Ces aliments, donnés à des intervalles convenables, suffisent pour soutenir l'économie, sans trop exciter son action.

(2) L'économie avec ses forces peut, par exemple, être comparée à un homme avec son revenu. Celui qui autrefois avait deux cents livres par an, et qui maintenant n'en a plus que cent, doit, pour éviter de faire banqueroute, dépenser seulement la moitié de ce qu'il dépensait auparavant; et s'il agit ainsi, quoiqu'il ait été obligé de vivre plus médiocrement, ses comptes seront en règle à la fin de l'année. Ceci s'applique à l'économie. Quand les forces sont réduites, le degré de son action doit être aussi abaissé; et en ayant soin de proportionner l'une aux autres, l'on peut souvent faire supporter à la malade une faiblesse continuée à un très-haut point. En même temps, il faut observer que, de même que le revenu d'un homme est quelquefois si mince qu'il ne peut suffire à lui procurer les nécessités de la vie, de même aussi les forces vitales peuvent être réduites au point de ne pouvoir remplir les fonctions essentielles à notre existence, et la mort en est le résultat. Mais assurément celui qui cher-

promptement et en introduisant une nourriture succulente dans l'estomac. — Ce n'est cependant nullement mon intention de dire que nous devons pendant tout le reste de la grossesse (pourvu qu'elle continue après que l'hémorrhagie a été arrêtée complètement), maintenir la diminution effectuée dans la quantité du sang. Je veux seulement établir qu'il ne faut pas l'augmenter rapidement ; même lorsque les forces ont été beaucoup affaiblies par l'abondance de la perte, ou par l'état préalable de l'économie, c'est en donnant de la nourriture de manière à empêcher une plus grande prostration plutôt qu'en chageant la malade d'aliments, que nous accélérerons la convalescence, et je prie les lecteurs de ne pas oublier que, quoique je parle du traitement des femmes qui sont très-affaiblies, je ne veux pas cependant dire qu'il faille attendre et laisser la malade arriver à ce point de faiblesse. Mais quand on la trouve déjà dans cet état, ce n'est pas en introduisant des cordiaux et des aliments en abondance dans l'estomac, que nous la sauverons ; c'est en lui donnant une nourriture douce, de manière à réparer graduellement le sang et les forces, c'est en évitant d'un côté les stimulants, et de l'autre un régime trop sévère, que nous la conduirons hors de tout danger.

Il y a des médicaments qui ont une grande action sur les vaisseaux sanguins, et par conséquent l'on pourrait supposer qu'ils nous donneraient les moyens de guérir la malade avec une perte de sang moindre que celle qu'elle éprouverait ; la digitale est dans cette classe. On a proposé aussi l'acétate de plomb à la dose de deux grains par heure jusqu'à la concurrence de douze grains par jour ; mais je ne puis avoir grande confiance dans aucun de ces médicaments, et je ne conseillerai pas non plus le tartrate d'antimoine. — Tout en cherchant à diminuer l'action du système vasculaire, il faut aussi être attentif à éloigner autant que possible toute irritation. J'ai déjà dit tout ce qui était nécessaire par rapport à la chaleur, au mouvement et à la nourriture ; il faut aussi surveiller les intestins, prévenir toute accumulation de matières fécales, par l'usage régulier de laxatifs. La constipation s'accompagne généralement d'un ralentissement de circulation dans les veines appartenant au système hépatique, dont les sinus utérins font partie. Si le système artériel n'est pas proportionnellement ralenti, cette lenteur dans la circulation est sujette, en retardant le libre passage du sang dans les veines mésaraïques, à renouveler l'hémorrhagie. — Toute gêne du côté de la vessie ou du rectum, ou même dans des parties plus éloignées, devra être immédiatement combattue ; car, dans beaucoup de cas, l'hémorrhagie est rappelée par ces irritations. Dans ces cas, comme lorsque la malade est fatiguée par la toux ou est sujette à des palpitations ou à l'hystérie, l'on retire de grands avantages en prescrivant les opiacés. Dans beaucoup de circonstances, lorsqu'une perte est causée par quelque irritation, affectant en particulier la partie inférieure de l'utérus, ou l'économie en général, lorsque le ventre est douloureux et que le pouls n'est ni plein, ni fort, le repos, l'air frais, et une dose modérée de teinture d'opium peuvent arrêter le paroxysme, et prévenir même un retour de l'hémorrhagie. C'est là surtout le cas, lorsqu'il n'y a qu'une portion de la caduque qui soit détachée, et que la perte n'a pas été très-abondante. Quand le système artériel est trop plein, la saignée, comme on l'a déjà dit, peut, quoique rarement, être convenable avant l'administration des anodins.

Il peut arriver que nous n'ayons pas été appelés à temps dans une première attaque, et qu'il y ait quelque symptôme pressant, dont le plus fréquent est un sentiment de faiblesse, ou une syncope complète. Cet état provient souvent plutôt d'une affection de l'estomac que d'une grande perte de sang ; et, dans ce cas, il est moins alarmant que lorsqu'il est la conséquence d'une hémorrhagie copieuse. Du reste, dans l'un ou l'autre cas, nous ne devons pas trop nous hâter de donner des cordiaux, quand l'évanouissement dépend principalement d'un mal de cœur ou d'un sentiment de faiblesse, circonstances qui peuvent accompagner même une légère perte ; il suffira de donner quelques gouttes d'esprit de cornes de cerf dans de l'eau froide, et d'arroser la figure avec de l'eau froide ; le retour de l'accident sera prévenu par une potion anodine, ou par des pilules opiacées. Quand l'évanouissement dépend d'une grande perte de sang, il est quel-

---

cherait à prévenir cette terminaison en stimulant l'économie, ne ferait qu'abréger le cours de la vie. La chaleur ne détruit-elle pas les parties qui ont été gelées?

Burns.

quefois nécessaire de donner une forte dose d'opium ou de laudanum, avec addition d'une petite quantité de vin chaud aromatisé; mais on ne doit le donner même en pareil cas qu'avec mesure, et ne pas en répéter la dose trop souvent (1). Il n'est pas nécessaire d'ajouter que l'on doit aussi prendre les mesures les plus promptes, telles que le tamponnement, etc., pour arrêter l'hémorrhagie. Ceci, je l'observerai une fois pour toutes. — Le mal de cœur et l'évanouissement peuvent aussi dépendre d'un spasme de l'utérus, qu'il faut arrêter immédiatement par le laudanum; c'est aussi le cas de terminer l'accouchement plus promptement que s'il en eût été autrement. On reconnaît cet état à une douleur continue dans le dos et dans le ventre, avec une prostration plus grande que celle que l'on peut expliquer d'après une simple perte. Une syncope complète alarme extrêmement les spectateurs; et s'il y a eu une grande perte de sang, c'est à la vérité un symptôme très-dangereux. Du reste, elle doit être soulagée; car, quoique l'évanouissement soit un moyen naturel d'arrêter l'hémorrhagie, cependant une syncope absolue ou prolongée est hasardeuse. Il faut tenir la malade à un repos parfait dans une position horizontale, la tête basse, ouvrir les fenêtres, arroser la figure avec du vinaigre froid, mettre sous les narines des sels volatils, et donner à l'intérieur cinquante ou soixante gouttes de laudanum, et de temps en temps une cuillerée de vin chaud.

Le frisson général est aussi un symptôme qu'il ne faut pas permettre au delà d'un certain degré, et ce degré doit être déterminé d'après la force de la malade, la quantité et la rapidité de l'écoulement sanguin. Quand les forces n'ont point été préalablement trop affaiblies, un froid modéré est utile, si l'hémorrhagie menace de continuer. Mais lorsque la malade a éprouvé une grande perte de sang, alors un froid général, avec des lèvres pâles, des yeux enfoncés, avec un délire qui menace, peut trop souvent être regardé comme un avant-coureur de la mort. Lorsqu'on croit nécessaire d'intervenir, il faudra appliquer des linges chauds aux mains et aux pieds, une vessie à moitié remplie d'eau chaude sur la région de l'estomac, et donner à l'intérieur un peu de vin chaud mêlé à de l'eau. — Le vomissement est un autre symptôme qui paraît quelquefois. Lorsqu'il se montre après une perte excessive, c'est un symptôme alarmant; il l'est moins lorsqu'il provient de ce qu'on a donné à la malade plus de nourriture que son estomac ne peut en supporter, ou qu'il naît d'un jet de sang survenant bientôt après que la malade a pris quelque boisson. Dans ce cas, il est ordinairement précédé d'un mal de cœur et d'oppressions, ce qui est très-inquiétant. Il y a apparence d'une syncope jusqu'à ce que les vomissements apportent du soulagement. Quelquefois ils sont liés à un état hystérique ou avec un spasme de l'utérus. S'ils se répètent souvent, ils affaiblissent; et, en déplaçant les caillots, ils peuvent renouveler l'hémorrhagie; mais quelquefois heureusement ils paraissent exciter la contraction de l'utérus, et le disposer à expulser le produit de la conception. Pour les calmer, l'on peut appliquer un linge imbibé de laudanum et d'alcool camphré, sur toute la région épigastrique, ou donner deux grains d'opium solide, ou même plus si la faiblesse est grande. Quelquefois une légère infusion de piments est utile; elle ne doit être que légèrement piquante. Dans une perte, il faut faire une grande attention à l'état de l'estomac, et éviter qu'il soit chargé. D'un autre côté, il ne faut pas permettre qu'il soit à jeun, ni que son action diminue. On devra donner fréquemment de petites quantités d'une nourriture agréable; par là on maintiendra sa tonicité, sans le charger et sans remplir l'économie trop vite.

Des affections hystériques accompagnent souvent une perte prolongée, telles que la boule hystérique, les douleurs de tête, un sentiment de suffocation, les palpitations (1), les envies de vomir qui

(1) Comme la syncope ainsi que la perte de sang ont toutes les deux l'effet de relâcher la fibre musculaire, ce qui est bien connu des chirurgiens, on pourrait supposer qu'elles devraient augmenter l'hémorrhagie en diminuant la contraction de l'utérus si elle avait déjà commencé; mais il n'en est pas ainsi; car, en facilitant la formation des caillots, la syncope arrête l'écoulement, et par conséquent on ne doit pas la guérir trop promptement dans une première attaque, et avant que l'orifice de l'utérus ne soit devenu dilatable.

(1) La quantité de sang perdu est quelquefois si grande, qu'elle cause une lésion irréparable du cœur, et que pour

n'amènent que des gaz, etc. Ces troubles sont plutôt calmés par quelque substance fétide ou carminative associée à l'opium. Les laxatifs sont aussi très-utiles. Les envies de vomir réclament un lavement anodin ou l'application d'un emplâtre camphré (1) sur la région de l'estomac. — Après avoir fait ces observations sur le traitement des pertes et sur les meilleurs moyens d'en modérer la violence, de prévenir leur retour, et de combattre les symptômes dangereux qui les accompagnent, je vais décrire la manière de délivrer la femme lorsque cela est nécessaire. J'ai parlé du traitement du paroxysme à part du détail de l'opération manuelle qui peut être requise parce que quelqu'intimement que soient liées dans la pratique les différentes parties de notre méthode, cependant il est utile dans un ouvrage de ce genre de les séparer afin d'éviter toute confusion. — Comme quelques modifications dans la pratique tiennent à l'implantation du placenta sur l'orifice utérin, je bornerai pour le moment mes remarques, aux cas où l'on trouve les membranes à l'ouverture de la matrice, désirant que l'on se rappelle toutefois, que cette circonstance n'indique pas nécessairement que l'hémorrhagie provienne de la séparation du placenta qui peut être fixé très-près du col, quoiqu'on ne puisse pas le sentir. L'opération de l'extraction de l'enfant n'est pas difficile à décrire ou à faire. Je suis généralement dans l'habitude d'administrer, un quart d'heure avant de commencer, si le cas permet ce retard, cinquante gouttes de teinture opiacée. Puis, après avoir préalablement lubréfié la main, on l'introduira lentement et doucement toute entière dans le vagin. On devra glisser le doigt au dedans de l'orifice utérin et le mouvoir avec prudence de manière à dilater cet orifice; ou, s'il est déjà dilaté un peu, on pourra introduire les deux doigts, et l'on fera à de courts intervalles de légers efforts pour le distendre, sans toucher aux membranes. Et le praticien réussira mieux en agissant de manière à stimuler l'utérus, et à lui faire dilater son orifice, qu'en le distendant de force. De la part de l'opérateur il faut beaucoup de douceur, de prudence, de fermeté; de la part de la malade, de la patience et du courage.

L'opérateur ne devra pas oublier qu'une dilatation qui cause de la douleur est dangereuse, qu'elle irrite et enflamme les parties, que la femme devra se plaindre plutôt des douleurs utérines, qui sont provoquées, que des doigts du praticien. Il faudra plus ou moins de temps pour dilater l'orifice utérin, suivant l'état où se trouvait l'utérus lorsque l'opération a été commencée. Si l'orifice utérin est mou et flexible et qu'il ait déjà été en partie distendu par de légères douleurs, un quart-d'heure, peut-être quelques minutes suffiront souvent pour cette opération. Mais si auparavant la malade a été à peine atteinte de douleurs, si le col est assez ferme, sans être inflexible, alors une demi-heure pourra être nécessaire. Je parle en général, car on ne peut donner de règles applicables à tous les cas, et rarement nous sommes appelés à extraire l'enfant, lorsque l'orifice utérin n'est pas déjà en partie dilaté et dilatable. Souvent, quoique la malade ait senti à peine quelques douleurs, et certainement aucunes douleurs régulières, on trouvera l'orifice utérin aussi large qu'un sou, et ses bords mous et minces. Une fois que l'orifice utérin sera suffisamment dilaté, on devra rompre les membranes; puis on introduira la main, on fera lentement la version, et l'on extraira l'enfant comme dans la présentation des pieds, cherchant plutôt à ce qu'il soit expulsé par les contractions utérines, qu'amené en dehors par la main. Une extraction trop prompte est dangereuse, car l'utérus peut ne pas se contracter après elle. Et par conséquent lorsque nous faisons la version, si nous ne sentons pas l'utérus agir, il faut remuer un peu la main, et quoique nous fassions la version, cependant nous ne devons commencer à extraire l'enfant, que lorsque nous nous apercevons que la matrice se contracte. L'extraction doit se faire lentement jusqu'à ce que les fesses se présentent, alors il faut avoir soin que le cordon ne soit pas trop long-temps

toujours elle en trouble les fonctions. Un exemple bien remarquable est rapporté par Van-Swieten dans son Commentaire sur l'aph. 1304, dans lequel une femme, pendant douze ans, après une perte grave, ne put s'asseoir sur son lit sans de violentes palpitations et une grande anxiété.

(1) On le prépare en faisant fondre un peu d'onguent adhésif et en y ajoutant ensuite une large proportion de camphre que l'on dispose préalablement en un liniment épais en le mélangeant avec de l'huile d'olive.

comprimé avant que le reste du fœtus ne soit sorti. Après que l'enfant a été extrait, un aide le tiendra par le ventre, sur lequel il exercera une douce pression. Ensuite l'accoucheur introduira de nouveau la main dans la matrice, avec précaution, en appuiera le dos sur la surface du placenta, de manière à le presser un peu, et à forcer l'utérus à en faire la séparation. On pourra aussi remuer doucement la main pendant quelque temps, et par intervalles, pour exciter la matrice à expulser les restes de la conception. Mais si le placenta adhère, il ne faut nullement le détacher. Cette opération doit être faite par l'utérus, car il n'y a aucune marque que la contraction suffise pour préserver la femme d'une hémorrhagie future. Si le placenta est détaché, et que l'utérus se contracte, on peut l'extraire en sûreté, pourvu toutefois qu'on l'amène au dehors avec le moins de force possible. Puis l'on introduira de nouveau la main, avec douceur pour des raisons que je vais mentionner. Tout le procédé, depuis le commencement jusqu'à la fin, doit être lent et raisonné; nous ne devons jamais perdre de vue notre objet, qui est de provoquer les forces expulsives de l'utérus. Ce n'est pas seulement pour vider la matrice, ni pour extraire l'enfant que nous introduisons la main; nous pouvons faire tout cela, et laisser la femme dans un état pire que si nous n'avions rien fait. Il faut que les fibres se contractent et compriment les vaisseaux, et comme rien autre chose ne peut sauver la malade, il est essentiel que le praticien voie clairement son objet et qu'il sache en quoi dépend le salut de la malade.

Mais ce serait une erreur dangereuse que d'enseigner le moyen de délivrer la femme sans parler des circonstances où l'opération doit être faite. J'ai au commencement de cette section démontré l'effet de l'hémorrhagie tant sur la constitution que sur la matrice, et j'ai établi que l'action de la grossesse est toujours troublée par une perte quelconque de sang, et qu'il se manifeste une tendance à l'expulsion. Mais, avant que la contraction utérine ne soit entièrement provoquée ou ne devienne efficace, la femme peut périr, ou bien l'utérus peut être tellement affaibli que toute expulsion lui devient impossible. Tandis que d'un côté nous attendons le retour des contractions, il ne faut pas de l'autre différer trop long-temps. Nous ne devons pas voir, sans agir, plusieurs attaques répétées d'hémorrhagie, abattre les forces, faire pâlir les lèvres et la langue, produire des évanouissements répétés, et jeter la vie dans un danger immédiat. Une telle inaction est dangereuse et inexcusable, il peut en résulter la mort subite de la mère et de l'enfant; l'utérus peut s'affaiblir au point d'être ensuite incapable de se contracter, ou la constitution peut être tellement détériorée que la malade finit par succomber après une longue série de souffrances. — Devons-nous donc délivrer toujours dès la première attaque d'hémorrhagie et ouvrir de force l'orifice utérin? Nullement, le parti sûr ne se trouve ni dans la témérité, ni dans la timidité. — Le traitement que j'ai décrit mettra toujours la malade en sûreté, jusqu'à ce que la délivrance puisse être accomplie sans aucune crainte. Tant que l'orifice utérin est ferme et résistant, tant qu'il n'a pas de tendance à s'ouvrir, qu'il n'y a pas d'effet de contraction, l'on peut parfaitement avoir recours au tamponnement, au repos et au froid. Mais je dois avertir particulièrement le lecteur, que l'orifice utérin peut se dilater sans aucunes douleurs régulières et que dans presque tous les cas il devient dilatable qu'il y ait eu douleur ou non. Si je ne connaissais le danger d'établir des règles invariables, je dirais que tant que l'orifice de l'utérus est ferme, qu'il n'a pas de disposition à s'ouvrir, la malade court peu de danger, si l'on emploie bien le tamponnement. Nous pouvons même tamponner l'orifice utérin lui-même, ce qui provoquera les contractions. Mais si l'on néglige la malade, alors j'accorde que long-temps avant qu'il ne survienne une tendance au travail ou à la contraction, la femme peut périr. Cependant je ne dois pas considérer ce qui peut arriver entre les mains d'un accoucheur négligent, car cela serait sans fin, mais bien ce qui doit être le résultat de la diligence et des soins.

Il est évident que lorsque l'utérus a une disposition à se contracter, et l'orifice utérin en a une à s'ouvrir, la délivrance doit être beaucoup plus sûre et beaucoup plus aisée que lorsqu'il est inerte et que son orifice est dur. — L'on peut avec confiance se reposer sur un tamponnement méthodique du vagin, jusqu'à ce que ces effets désirables se produisent; et dans quelques cas l'on trouvera que par le tamponnement seul l'on peut sau-

ver la malade. Les contractions peuvent devenir fortes si nous avons prévenu la perte de beaucoup de sang, et l'expulsion peut avoir lieu d'une manière naturelle. Quel est celui qui dans ces circonstances proposerait la version et la délivrance artificielle? Qui ne préférerait l'opération de la nature à celle de l'accoucheur? Pour déterminer dans les cas particuliers, si cette co-opération aura lieu, ou s'il faut avoir recours à la délivrance artificielle, il faudra de la part du praticien une certaine réflexion. Si nous avons employé de bonne heure et efficacement le tamponnement, et que les douleurs soient devenues fortes, on aura de bonnes raisons pour espérer un accouchement naturel, et le travail devra être conduit d'après les principes généraux de la pratique. Mais si l'utérus a été affaibli par la perte du sang, si les douleurs ont été sourdes, si elles n'ont fait que d'ouvrir un peu plus l'orifice utérin, s'il n'y a pas d'espoir qu'elles augmentent, alors il n'y a pas raison de croire que l'expulsion se fera naturellement et sûrement, et il faut délivrer la femme. En dilatant l'orifice utérin l'accoucheur excite l'action de l'utérus, et l'on sent que les membranes deviennent plus tendues. Cependant il ne doit pas se fier à cela seul, mais terminer ce qu'il a commencé. — Il est donc évident que par l'emploi prompt et efficace du tamponnement que l'on effectue, en remplissant le vagin avec un linge fin l'on peut arrêter sûrement et promptement l'hémorrhagie, jusqu'à ce qu'il survienne des changements dans l'orifice de l'utérus; alors nous intervenons, ou nous abandonnons le tout à l'expulsion naturelle, suivant la force des contractions de l'état de la malade. — Par cette méthode l'on obtient tous les avantages que l'on peut retirer de l'opération de la nature, et, si elle nous manque, nous pouvons recourir avec confiance à la délivrance artificielle. — Mais il peut arriver que nous n'ayons pas l'occasion d'arrêter l'hémorrhagie de bonne heure; l'on peut n'arriver auprès de la malade qu'après qu'elle aura souffert beaucoup d'une perte considérable (1). Dans ce cas, nous serons forcé de la délivrer, et il ne faut pas différer trop long-temps; cependant si l'orifice de l'utérus était très-ferme, sans aucune disposition à s'ouvrir, et qu'il faille employer une force dangereuse pour le dilater, l'on trouvera généralement que la prostration est momentanée. L'on peut encore se reposer pendant quelque temps sur le tamponnement, et donner des opiacés pour soutenir les forces.

Comme l'hémorrhagie est naturellement arrêtée par l'évanouissement, la reproduction de la perte est arrêtée de la même manière, et la syncope a lieu plus tôt que la première fois. Après une ou deux attaques, l'utérus devient douloureux, et son orifice devient dilatable. De légères douleurs surviennent, ou sont provoquées par les tentatives que l'on fait pour dilater l'orifice utérin. La syncope arrêtera donc, en général, l'hémorrhagie, même lorsqu'on n'aura pas employé le tamponnement, et que la malade aura été négligée, ou elle l'empêchera de devenir mortelle, jusqu'à ce que l'orifice utérin soit relâché; mais un retard plus long tuera la malade, et il est possible qu'en donnant du vin, ou en la traitant mal, on rende l'hémorrhagie plus tôt mortelle. Mais, quoique j'aie établi en règle générale que, lorsque l'orifice utérin est ferme et résistant, l'on peut, malgré les craintes actuelles, se fier pendant quelque temps au tamponnement; cependant, je prie le lecteur de se rappeler qu'il peut y avoir des exceptions à cette règle, car la constitution peut être si délicate, l'hémorrhagie si soudaine, ou tellement accrue par les stimulants, que l'effet produit est permanent, et qu'il est à souhaiter que la délivrance soit accomplie. Mais ces cas sont rares. Quoique j'aie parlé des bons effets de la syncope pour arrêter l'hémorrhagie, j'espère que l'étudiant ne s'imaginera pas que je veuille le rendre familier avec ce symptôme. Il est rarement sûr d'attendre la production de la syncope; et si elle est survenue, il n'est pas ordinairement prudent de courir la chance d'une seconde attaque.

Les anciens praticiens, qui ne connaissaient pas le prix du tamponnement, s'efforçaient de délivrer de bonne heure; mais c'est une remarque générale, que les femmes qui avaient l'orifice utérin ferme et dur, succombaient (1). Ce

(1) Il ne faut pas borner notre attention à la quantité de sang perdu, mais à l'effet qu'elle a produit; et celui-ci, toutes choses égales d'ailleurs, sera en proportion de la rapidité de l'hémorrhagie.

(1) Guillemeau recommande claire-

furent les conséquences mortelles de cette pratique, à laquelle on recourait prématurément et imprudemment, qui suggérèrent à Puzos l'idée de ponctionner les membranes, et de chercher par là à provoquer le travail. Son raisonnement était ingénieux; sa proposition était, sous un rapport, un perfectionnement de la pratique qui prévalait alors; la facilité de l'opération, et les succès qu'elle obtient quelquefois la recommandent à notre attention. Mais l'expérience a maintenant déterminé qu'on ne peut s'y fier, et que l'on peut s'en dispenser. Si nous l'employons de bonne heure, et dès la première attaque, avant qu'il n'y ait aucune tendance au travail, l'on ne sait quand les contractions auront lieu. Car, lorsque nous l'employons sur un utérus à l'état sain, à cause d'une mauvaise conformation du bassin, il s'écoule quelquefois plusieurs jours avant que le travail ne commence. L'on ne peut dire ce qui peut arriver dans l'intervalle. Comme l'utérus est moins tendu, l'hémorrhagie est plus sujette à revenir, et nous sommes quelquefois obligés, après tout, d'avoir recours aux autres moyens, particulièrement au tamponnement. Or, nous savons que celui-ci peut, sans aucune autre opération, arrêter sûrement l'hémorrhagie jusqu'à ce que l'orifice utérin soit préparé à l'expulsion (1). La proposition de Puzos est, selon moi, inadmissible avant cette époque. Si, après ce temps, il y a lieu d'intervenir, il est évident que l'on doit désirer une intervention sur laquelle on puisse compter, pour le temps et pour le degré. Cette méthode ne donne aucune certitude, ni sur l'un, ni sur l'autre; car nous ne savons combien elle mettra de temps à provoquer les contractions, ni si elle pourra exciter des contractions efficaces. Après un certain laps de temps, si elle échoue, la délivrance devient plus difficile, et par conséquent plus dangereuse pour la mère et pour l'enfant. — Le docteur Denman (1) a objecté que, si la version est difficile, l'hémorrhagie sera arrêtée par les contractions de la matrice. Mais l'on sait que l'utérus, privé de ses eaux, embrasse l'enfant si étroitement, qu'il rend la version, sinon difficile, du moins douloureuse et plus dangereuse, et cependant sans agir assez vigoureusement ni assez universellement pour arrêter la perte. Il n'y a que des contractions énergiques qui puissent sauver la malade dans une perte, si les vaisseaux ouverts sont gros et nombreux. Une action spasmodique peut aussi survenir.

Le seul cas qu'il reste donc à considérer, c'est celui où les douleurs se font sentir, et où l'expulsion se prépare. Or, dans cette circonstance, la perte est arrêtée, soit par la contraction, soit par le tamponnement, et les membranes se rompent dans le cours naturel du travail. Alors il est vrai que l'intervention n'est pas requise; mais si, après s'être déclarées énergiquement pendant quelque temps, les douleurs se calment un peu lorsque les membranes sont encore entières, ce qui arrive souvent, même dans un travail naturel, il peut être bon de les rompre, dans l'espoir que ce moyen stimulera la matrice, et renouvellera son action. Pour se décider à ce parti, le praticien doit être un peu influencé par la perte qui a eu lieu. Assurément, si l'utérus a perdu de son énergie, il sentira moins l'influence d'un stimulus; et si, à cause de la cessation actuelle des douleurs, la perte menace de reparaître, je crois qu'il est plus sûr de recourir à la main, qui peut terminer le travail avec sûreté, qu'à une méthode qui est beau-

---

ment la version et l'extraction de l'enfant, et il donne l'histoire de la fille de Paré (1599), dont la vie fut sauvée de cette manière. Feu son père lui avait enseigné cette méthode. Mauriceau dit explicitement qu'il ne faut pas attendre que les douleurs avancent le travail, ni différer la version jusqu'à ce que l'orifice de l'utérus soit suffisamment ouvert, car auparavant il est relâché et dilatable.

(1) Feu Alphonse le Roy paraît très-porté à avoir une confiance presque entière au tamponnement, et il suppose que le sang agira comme un corps étranger, et qu'il excitera les contractions. Mais ceci, comme doctrine générale, souffre beaucoup d'exceptions. Au sujet de la proposition de Puzos, il observe : « Puzos, en conseillant assez hardiment de percer les eaux, n'avait d'autres vues que la contraction de la matrice, qui est la suite de cette opération et la cessation de la perte, et il la conseilla même dans les cas des pertes qui arrivent avant terme; mais un grand nombre de femmes sont péries par l'effet de cette même pratique. » *Leçons sur les pertes de sang*, p. 45.

(1) Introduction to the practice of Midwifery, vol. II, p. 318.

coup plus incertaine, et moins sous notre dépendance (1). — La proposition de Puzos est très-limitée dans son utilité. Sa simplicité me prédisposa d'abord fortement en sa faveur ; mais je trouvai bientôt des raisons pour changer d'opinion. Je pense que nous n'avons raison d'y recourir que dans les cas légers qui marcheraient bien sans elle ; je ne dois pas, du reste, cacher qu'un grand nombre de médecins distingués adoptent encore cette méthode; cependant, autant que l'on peut en juger par les cas rapportés par ces hautes autorités, il y a une plus grande proportion de femmes qui meurent dans cette espèce d'hémorrhagie, que dans celle où le placenta est attaché au col de l'utérus. Le docteur Clarke a quatre morts sur dix cas; le docteur Ramsbottom, sept sur seize; le docteur Collins (2) obtint un résultat un peu différent : car sur treize, deux femmes seulement moururent; mais la perte des enfants fut grande, un seul survécut. Dans les présentations du placenta, deux femmes seulement moururent, mais six enfants vécurent. Le docteur Hamilton, qui combat fortement la méthode de Puzos, dit qu'il a vu autant de cas mortels dans les hémorrhagies accidentelles que dans celles qui sont inévitables. D'un autre côté, le docteur Merriman dit que sur trente cas d'hémorrhagie accidentelle, tous allèrent bien.

Il reste encore une question très-importante à discuter. Dans les cas où la malade a perdu une grande quantité de sang, fréquemment et soudainement, lorsque les forces sont épuisées, que l'on sent à peine le pouls, que les extrémités sont froides, que les lèvres et la langue sont privées de sang, que l'œil est hagard, faut-il délivrer la femme, ou chercherons-nous, par le tamponnement, à prévenir une plus grande perte, et par la nourriture et les soins à réparer les forces, ou bien viderons-nous d'abord la matrice, et chercherons-nous ensuite à réparer la perte? Nous n'avons qu'à choisir entre deux dangers. La position de la malade est très-périlleuse, et dans la pratique, j'ai pesé les arguments avec cette attention que demandèrent les circonstances terribles d'un cas semblable. Je me crois fondé à dire que nous donnons à la mère et à l'enfant la plus grande chance de survivre par une délivrance prudente. Car, dans ces cas-là, l'utérus est presque engourdi; il ne possède aucune tonicité (1). L'économie générale est entièrement épuisée, et ne peut long-temps rester dans cet état. La présence même du fœtus, au dedans de la matrice, est une cause de danger. Je n'ai vu jamais de femme vivre vingt-quatre heures dans ces circonstances. — D'un autre côté, j'avoue que la femme peut expirer au milieu de l'opération de la délivrance, ou bientôt après; mais si elle peut se soutenir pendant un jour, l'on a espoir qu'elle en reviendra. Par une délivrance lente et prudente, et en cherchant ensuite, en conservant la main pendant quelque temps dans la matrice, à exciter son action de manière à prévenir toute hémorrhagie future, non-seulement on ôte l'irritation causée par la distension de la matrice, mais on enlève aussi un receptacle pour le sang. Pendant les contractions, le sang des sinus sera refoulé dans l'économie, et tendra à la supporter; une partie sans doute échappera ; mais en maintenant la main dans l'utérus, en soutenant l'abdomen avec une bande, en provoquant l'action de l'utérus par des applications froides sur le ventre, ou en pressant fortement sur l'utérus avec la paume de la main, ou en faisant glisser les parois abdominales sur la matrice, on peut provoquer les contractions; ou bien, si l'application brusque sur le ventre de linges imbibés d'eau vinaigrée ne produit point un fris-

(1) Dans les cas où le placenta se présente, quelques praticiens pensent qu'en recourant à l'évacuation des eaux de l'amnios, ils délivreront la femme; si donc la délivrance est regardée comme un moyen sûr et convenable dans une espèce d'hémorrhagie, elle ne peut être dangereuse dans une autre; et quand l'intervention pour une opération est nécessaire, la sécurité que présente l'introduction de la main sera plus que suffisante pour compenser tout surcroît de douleur; mais, même sous ce rapport, les deux opérations sont peu différentes si elles sont convenablement faites.

(2) Practical treatise, p. 112.

(3) Practical observations, vol. II, p. 239.

(1) L'emploi du tamponnement ne peut certainement pas ici prévenir une plus grande perte de sang, car l'utérus n'apporte aucune résistance, l'hémorrhagie continue, et après la mort on trouve dans la matrice d'énormes caillots de sang.

sonnement dangereux, on peut l'employer pendant quelque temps, si l'on trouve que ce moyen fasse contracter la matrice; ou bien on extraira les caillots non adhérents, et l'on introduira de nouveau la main dans l'utérus. Quand, à ces considérations, l'on ajoute la chance que l'on a que l'enfant vive, notre pratique, je crois, sera fondée dans ce cas très-dangereux. Lorsque le pouls devient plus ferme et plus plein pendant la contraction de l'utérus, le danger provenant de la faiblesse est diminué. On devra donner uniformément, avant la délivrance, une forte dose de laudanum, comme je l'ai toujours conseillé; et après l'opération, on prescrira, si c'est nécessaire, vingt gouttes du même médicament, à des intervalles plus ou moins longs, selon l'urgence, pour calmer l'inquiétude et l'irritabilité. Mais je ne désire pas que l'on en donne plus qu'il n'est absolument nécessaire; car, si la dose est assez forte pour troubler l'estomac ou le système nerveux, il en résultera un fâcheux effet. Si l'estomac est irritable, on pourra prescrire de l'opium solide, ou un lavement opiacé. Il faut aussi donner souvent une nourriture légère et en petite quantité. On maintiendra la malade dans un repos absolu, au point que, pendant quelque temps après sa délivrance, elle ne devra point même être changée de place, et l'on appliquera autour de l'abdomen un bandage fortement serré pour supporter les muscles et contenir les viscères, précaution qu'on ne devra jamais omettre. On a proposé, dans les cas de débilité extrême, à la suite d'une hémorrhagie, d'injecter lentement, au moyen d'une petite seringue, dans une des veines du bras, du sang que l'on viendrait de tirer d'une autre personne, mais nous n'avons pas assez d'exemples de l'emploi d'un pareil moyen pour en déterminer l'utilité.—Comme j'ai déjà décrit les effets de l'hémorrhagie et leur traitement, je renverrai pour ce sujet important à la section de la ménorrhagie, que je prie le lecteur de repasser. — Dans un temps, on supposait que le placenta était dans tous les cas attaché primitivement au fond de l'utérus, et qu'il ne se présentait que parce qu'il s'était détaché et qu'il était descendu. On supposait que cet accident retardait la naissance de l'enfant en s'opposant à son passage, et on le regardait comme dangereux à cause de la perte qu'il accompagnait; pour cette raison, Daventer chercha à hâter la délivrance, en déchirant le placenta, ou en rompant les membranes, quand il pouvait les saisir. C'était une pratique dangereuse, et peu de femmes y survivaient quand on l'employait. Le docteur Smellie, M. Gifford et M. Levret (1) furent les premiers qui établirent comme une règle que le placenta ne descendait pas, mais qu'il était primitivement implanté sur l'orifice utérin, et ce dernier publia un aperçu très-précis et très-exact du traitement à suivre. M. Rigby de Norwich, dans la suite, publia un extrait de la doctrine de Puzos et de Levret, avec addition de quelques cas tirés de sa propre pratique. — L'on sait que pendant le huitième mois de la grossesse, il survient des changements très-notables vers le col utérin. Il est plus développé et plus distendu; sa portion inférieure près l'orifice vient en contact avec cette portion du placenta qui est au-dessus; mais comme il est privé de membrane caduque, et qu'il ne présente qu'une espèce de gelée, il n'y a point de forte union. De plus, ou le placenta ne s'adapte pas dans son développement aux changements que subit le col dans sa forme, ou bien ce qui arrive le plus souvent, quelque légère cause mécanique, ou l'action des fibres qui sont au-dessus de l'orifice utérin, produit une rupture. Ceci paraît arriver plus tôt et être plus grave lorsque c'est le bord du placenta qui y est attaché. Lorsque le placenta s'étend entièrement à travers le col, il est possible que l'union continue, jusqu'à ce que le travail occasionne le détachement. — Cette rupture peut sans doute arriver à toutes les époques de la grossesse (2), mais elle est plus fréquente à la fin du

---

(1) Je m'engage à prouver, 1° que le placenta s'implante quelquefois sur la circonférence de l'orifice de la matrice, c'est-à-dire sur celui qui, du col, va joindre l'intérieur de ce viscère, et non sur celui qui regarde le vagin; 2° qu'en ce cas, la perte de sang est *inévitable* dans les derniers temps de la grossesse; 3° qu'il n'y a pas de voie plus sûre pour remédier à cet accident urgent que de faire l'accouchement forcé. — *L'Art des accouchements*, p. 343.

(2) Dans quelques cas, l'hémorrhagie s'est montrée dès le troisième mois. Elle fut arrêtée par les moyens convenables, et la malade alla bien quelques mois; après quoi la perte revint, et on reconnut la présence du placenta.

huitième et au commencement du neuvième mois qu'en tout autre temps, quoi qu'elle puisse être retardée jusqu'au commencement du travail à neuf mois accomplis. Mais, soit que cette séparation arrive dans le septième, huitième ou neuvième mois, l'hémorrhagie qui l'accompagne est toujours abondante, et l'effet inspire de vives inquiétudes. La quantité, mais surtout la rapidité de la perte, produit très-souvent une tendance à l'évanouissement, ou même une syncope complète, pendant laquelle l'hémorrhagie cesse, et la femme peut rester plusieurs jours sans la voir reparaître. Dans quelques cas, elle peut supporter plusieurs attaques répétées qui arrivent tous les jours pendant plusieurs semaines. Cependant, il faut qu'elles ne soient pas très-intenses, et que les forces aient été primitivement bien grandes. Dans d'autres cas, la femme ne revient jamais de la première attaque. Elle diminue à la vérité, mais la malade n'en est pas entièrement délivrée, et au moindre effort elle revient avec son ancienne violence. Mais, soit que la malade souffre beaucoup ou peu dans la première attaque, qu'elle soit faible ou robuste, la pratique doit être prompte, et l'accoucheur est appelé à agir avec la plus grande activité. L'instant où la perte a lieu, il doit s'assurer par un mûr examen de la nature précise de la maladie, et prendre des mesures promptes pour l'arrêter, si la nature n'a point accompli cette mission.

Si l'orifice utérin est dur et fermé dans une première attaque, il faut employer le tamponnement qui arrêtera l'hémorrhagie, et assurera pour le moment la vie de la malade. Si l'on a recours immédiatement à ce moyen, généralement les femmes reviennent bientôt, et l'intervalle qui séparera les deux attaques sera d'autant plus long que l'on aura pris plus de soin de la malade. Si dans la première attaque l'utérus a été lésé dans ses fonctions, cet accident sera généralement accompagné de douleurs légères et sourdes, l'on sentira l'orifice utérin plus ouvert et plus relâché que de coutume. Mais si la première ou la seconde perte a été promptement arrêtée, ces effets se feront sentir plus tard; cependant, dès qu'ils sont produits, il faut délivrer la femme. On doit même se faire une règle que, quand bien même il n'est pas probable qu'ils aient lieu aussitôt, si la perte a été abondante et rapide, et qu'elle ait produit sur l'économie les effets que j'ai déjà mentionnés comme des conséquences d'une hémorrhagie dangereuse, nous ne devons pas attendre que les douleurs commencent à dilater l'orifice utérin. Heureusement, nous ne sommes pas souvent obligés d'intervenir aussi vite, car avec des soins, et par l'emploi du tamponnement, l'on peut préserver la vie de la malade jusqu'à ce que quelques effets soient produits sur l'orifice de l'utérus. — Quoique j'aie dit que l'on pouvait attendre en sûreté jusqu'à ce que l'orifice utérin commençât à s'ouvrir, et que j'aie soutenu qu'aucune femme ne pouvait mourir de simple hémorrhagie, avant que l'état de l'orifice utérin ne permette de la délivrer, cependant je dois ajouter sur ce sujet important, que cet état ne consiste pas dans la *dilatation*, car l'orifice peut être très-peu dilaté, mais dans la *dilatabilité*. L'on peut délivrer en sûreté quand la main peut être introduite sans employer beaucoup de force. L'introduction forcée de la main, dans une première attaque d'hémorrhagie, serait dans beaucoup de cas accompagnée du plus grand danger, et elle n'est dans presque tous ni convenable ni nécessaire. Je n'ai pas encore vu de cas où la délivrance fût requise pendant la première attaque, si l'on suit le traitement convenable; qu'elle soit nécessaire dans une seconde ou une troisième attaque, ou même plus tard, cela dépendra de la quantité et de la rapidité de la perte, de ses effets et de la force de la malade. Mais chaque fois que l'on trouve l'orifice utérin plus ouvert que d'habitude, avant le travail, et permettant l'introduction facile du doigt dans l'intérieur de la matrice, qu'on ne trouve aucune résistance, l'on peut délivrer en sûreté; et si l'hémorrhagie continue, il ne faut pas différer. Cet état est généralement accompagné de douleurs sourdes, mais l'on fait moins attention au degré de la douleur qu'à celui de l'hémorrhagie pour déterminer la nécessité de la délivrance. Les douleurs augmentent graduellement pendant un certain temps, puis elles disparaissent; pendant leur durée, l'orifice utérin se dilate davantage; mais si l'hémorrhagie a été ou continue d'être considérable, il ne faut pas attendre que l'orifice de l'utérus soit très-dilaté, vu que la femme court le plus grand danger par ce retard, et que l'on diminue les chances de la sauver. Un praticien

prudent, d'un autre côté, n'ouvrira pas avec violence l'orifice utérin, mais il emploiera le tamponnement (1), jusqu'à ce que l'orifice devienne mou et dilatable; lorsque l'hémorrhagie n'est pas considérable, il attendra même, si l'état de la malade le permet, que l'orifice de la matrice commence à s'ouvrir de lui-même; car plus on violente l'orifice utérin, plus on court de chances que les symptômes fâcheux surviendront. C'est une erreur dans laquelle quelques médecins sont tombés, de regarder l'anémie causée par la perte, comme le seul obstacle au rétablissement de la malade. Une délivrance forcée peut produire une inflammation ou une fièvre très-fâcheuse; d'un autre côté, le praticien habile ne laissera pas perdre trop de sang à sa malade, et ne l'exposera pas à plusieurs attaques; il la délivrera aussitôt, sachant que la délivrance est aisée lorsqu'elle est nécessaire, vu que l'orifice utérin cèdera à ses efforts judicieux.

Mais l'on est appelé quelquefois lorsque la malade a déjà éprouvé une ou deux attaques, et qu'elle est réduite à l'extrémité. Nous lui trouvons un pouls faible, un teint pâle, des vomissements fréquents: elle se plaint parfois de légères douleurs. A l'examen, le vagin est tellement rempli de sang caillé, qui adhère fortement par sa fibrine, que d'abord l'on a quelque peine à découvrir l'orifice utérin; nous ne pouvons ici hésiter un moment sur le parti qu'il faut prendre. S'il est un moyen de sauver la malade, c'est par la délivrance. L'orifice utérin sera en partie dilaté; on peut aisément l'ouvrir en entier. L'on peut trouver un des bords du placenta, qui s'avance dans le vagin, peut-être est-ce le centre du placenta qui se présente, ou qui fait saillie; mais, dans les deux cas, la marche à suivre est la même: l'on glisse la main le long du placenta jusqu'aux membranes, on les rompt (2), puis l'on fait la version, et l'on extrait l'enfant selon les règles que j'ai déjà données; on prescrira à la malade, sous tous les autres rapports du traitement, les opiacés, les cordiaux et la nourriture, comme dans le cas que j'ai primitivement passé en revue, et l'on provoquera aussi les contractions consécutives de la matrice. L'on pourrait supposer que, vu que le traitement est à peu près le même, il n'est pas nécessaire de connaître si c'est le placenta ou les membranes qui se présentent, mais il convient de faire cette distinction, parce que dans les cas où le placenta ne se présente pas, l'on peut dans de certaines circonstances, arrêter la perte, et conduire la malade en sûreté jusqu'à terme; et dans ces cas, qui sont sans contredit les plus nombreux, lorsqu'on ne peut atteindre ce but, l'on attend toujours les contractions de l'utérus, comme étant d'un secours très-grand, et l'on espère que, plus elles sont fortes, moins le danger sera grand. Mais quand c'est le placenta qui se présente, nous n'avons aucun espoir de salut, dans les effets du travail. Nous n'avons aucune raison d'attendre les contractions comme un préservatif, car au contraire chaque effort que fait la nature pour dilater l'orifice de l'utérus tend à détacher encore plus le placenta, et à augmenter l'hémorrhagie (1). Les circonstances mêmes qui, dans d'autres cas sauveraient la malade, augmenteront généralement le danger dans ce cas-ci. Je dis en général, car il y a sans doute des exemples où la malade a, par les seules forces de la nature, mis au monde son enfant sans aucun accident, ni aucune aide. Bien plus, il y a des exemples où le placenta a été expulsé d'abord et l'enfant après lui (2).

---

(1) Gardien pense que, dans ces cas-là, le tamponnement est mauvais, parce qu'il excite l'utérus à détacher davantage le placenta, ce qui augmente l'hémorrhagie; t. II, p. 404.

(2) Cette méthode est beaucoup plus sûre pour l'enfant que celle de pousser la main à travers le placenta; elle est également avantageuse pour la mère et aisée pour l'opérateur.

(1) Le plus grand nombre d'hémorrhagies abondantes ou alarmantes provient de la présentation du placenta ou de l'implantation d'un de ses bords sur l'orifice utérin, et par conséquent le plus grand nombre de cas qui exigent la délivrance sont de cette espèce.

(2) Même dans les cas où le placenta est expulsé d'abord, l'hémorrhagie peut reparaître et la femme périr si elle n'est point secourue. (Voir Lamotte, Observ. CCXXXVIII et CCXXXIX.) Dans les deux cas rapportés par le docteur Collins, l'hémorrhagie cessa lors de l'expulsion du placenta avant l'enfant. On trouve des exemples pareils, et il est facile de les expliquer; car lorsque le placenta est entièrement séparé, l'hémorrhagie provenant des

On trouvera ces exemples dans les collections des cas rapportés par les praticiens, on rencontrera aussi quelques cas isolés dans différents journaux. Il serait bien déplorable que ces cas se présentassent toujours sans donner en même temps à l'accoucheur un avertissement très-salutaire, pour n'y faire point attention dans sa pratique. Je suis convaincu que les cas heureux sont un mal inexprimable en donnant des arguments pour attendre, et des motifs au praticien pour excuser son hésitation. Il n'y a pas de maladie, quelque terrible qu'elle soit, qui ne puisse être guérie par les seules forces de la nature. Mais devons-nous de là conclure qu'il faille risquer le salut de ceux dont la vie est commise à nos soins? Devons-nous négliger l'emploi opportun et vigoureux d'un moyen approuvé, parce que la malade n'a pas, dans tous les cas, péri par la négligence de son médecin? Il est très-convenable de publier le cas d'un malade, qui à la suite d'une hernie, eût un anus contre nature dans l'aine, parce qu'il ajoute à la masse de nos connaissances; mais que devrions-nous penser d'un chirurgien qui mettrait un tel cas entre les mains d'un jeune homme, sans lui dire en même temps : « Monsieur, si un tel cas arrive jamais dans votre pratique, vous ou votre malade serez à blâmer. » Je ne prétends pas dire que nous devons blâmer dans tous les cas, l'accoucheur qui a traité un accouchement où le placenta s'est présenté, et où la malade a accouché naturellement; tant s'en faut, car par le tamponnement il a pu arrêter l'hémorrhagie, les douleurs sont survenues, et l'enfant en descendant a pu pousser le tampon devant lui; ou bien, lorsqu'il a été appelé auprès de sa malade, il a pu la trouver déjà en travail qui allait si bien et si sûrement, que toute intervention eût été peu raisonnable. Mais il ne faut pas convertir ces cas en règles générales, ni s'en servir de prétexte pour attendre. Ils arrivent très-rarement, et ne doivent jamais être mis entre les mains d'un jeune homme, sans le prévenir qu'il ne doit point négliger la délivrance artificielle, sous quelque prétexte que ce soit.

---

veines marginales et de celles du disque doit cesser, et si l'action de la matrice est forte, les orifices utérins peuvent se rétrécir, et la circulation être limitée à la substance de l'utérus.

SECTION XXXIX. — *Des fausses douleurs.*

Beaucoup de femmes sont sujettes, à la fin de leur grossesse, à éprouver des douleurs dans le dos ou dans les intestins, qui ressemblent un peu à celles de l'accouchement, mais qui réellement n'ont aucun rapport avec lui. C'est pourquoi on les a appelées de fausses douleurs. Quelquefois elles précèdent le travail de quelques heures, mais dans beaucoup de cas elles surviennent plusieurs jours ou même quelques semaines avant la fin de la grossesse; elles peuvent se renouveler fréquemment surtout pendant la nuit, et empêcher la femme de dormir. Elles sont souvent entièrement limitées au ventre, quoique changeant de place, et elles sont irrégulières tant dans leur attaque que dans leur durée; dans quelques cas, elles affectent le côté surtout à droite, dans la région du foie, et elles sont très-intenses spécialement le soir; elles s'accompagnent de rapports acides ou aqueux, d'envies de vomir; généralement l'enfant est, pendant ce temps-là, très-mobile. Ces douleurs peuvent sans doute se présenter chez toutes les femmes, mais elles assiègent surtout celles qui sont adonnées à l'usage des boissons spiritueuses. Dans d'autres cas, elles occupent principalement le dos, les hanches ou la partie supérieure des cuisses. Quelquefois même elles ressemblent encore plus aux douleurs de l'enfantement, en ce qu'elles sont accompagnées d'un effort involontaire de la part des muscles abdominaux, pour expulser, au point de faire croire que la femme va accoucher; et tout ceci est quelquefois accompagné de ténesme, ou d'une descente de la vessie dans le vagin, qui ressemble beaucoup aux membranes. Dans d'autres cas, elles sont accompagnées d'un écoulement aqueux par le vagin. Les fausses douleurs peuvent être occasionnées par beaucoup de causes; les plus fréquentes sont les flatuosités; le spasme des intestins, ressemblant à une légère colique; l'irritation qui accompagne la constipation ou la diarrhée, ou les affections néphrétiques, suivies souvent de strangurie. Un mouvement soudain du dos ou un excès de fatigue peuvent causer une douleur rémittente dans le dos et dans les aines. Le même effet peut être produit en se levant brusquement d'un lit chaud, et en posant le pied sur un parquet froid. Un léger degré de lumbago peut imiter les douleurs d'enfantement.

L'agitation de l'esprit, ou un état fébrile du corps, ou quelque irritation dans le voisinage de l'utérus, ou quelque mouvement extraordinaire de l'enfant, peuvent produire une sensation pénible dans l'utérus ; et quelquefois cela est accompagné d'un léger écoulement par le vagin. D'autres irritations de la matrice peuvent causer de la douleur dans l'utérus lui-même, ou, par sympathie, dans d'autres parties, comme les intestins ou les muscles abdominaux. Parmi ces irritations l'on peut citer celle qui accompagne quelquefois l'entier développement du col dans la dernière semaine de la grossesse, ou l'expansion de la portion qui adhère immédiatement à l'orifice utérin. L'irritation de quelques-uns des nerfs spinaux à leur origine, peut causer de la douleur, que soulagent la saignée et de douces frictions. Il n'est pas rare que des douleurs, comme celles qui paraissent au commencement du travail, surviennent un mois ou une quinzaine avant le véritable travail. Elles paraissent dépendre de quelque changement survenu dans l'action ou l'état de l'utérus lui même.

On peut distinguer les fausses douleurs d'avec les vraies par leur position ; comme par exemple, lorsqu'elles affectent les intestins ou les reins; par leur changement de place, par leur peu de durée, par leurs irrégularités, et par les symptômes qui les accompagnent; mais le meilleur signe, c'est qu'elles ne sont suivies d'aucune altération dans les fibres utérines qui, pendant les vraies douleurs d'enfantement, se contractent de manière à rendre la matrice plus compacte, et plus dure au toucher quand on y place la main par-dessus l'abdomen. Les fausses douleurs affectent rarement l'orifice utérin, et cette partie ne se dilate point pendant leur durée. Il est, du reste, nécessaire d'observer qu'une dilatation de l'orifice utérin n'annonce pas toujours que les douleurs soient celles de l'enfantement; car on peut le trouver dilaté prématurément à un léger degré, avant le terme fixé du travail, sans qu'il y ait aucune douleur. Dans ce cas, si les douleurs proviennent d'une affection des intestins, il ne se produit aucun effet, pendant la douleur, qui rende l'orifice utérin plus tendu ou plus large. D'un autre côté, il arrive quelquefois que les fibres situées vers l'orifice se trouvent irritées prématurément, et cet état peut s'accompagner de douleur et d'un changement perceptible dans l'orifice utérin, pendant la douleur. C'est un cas très-embarrassant, mais nous pouvons nous aider dans notre jugement, en remarquant que le terme de la grossesse utérine n'est pas complété, que l'orifice utérin est dur ou épais, et que les douleurs sont irrégulières, tant dans leur intensité que dans leur durée, qu'elles arrivent à de longs intervalles, se renouvelant souvent pendant quelques heures, puis disparaissant entièrement pendant autant de temps, et continuant ainsi peut-être plusieurs jours. Ceci paraît quelquefois dépendre d'une sympathie surnaturelle des parties voisines avec l'orifice utérin, de sorte que lorsqu'il commence à se dilater, les muscles du ventre ou du périnée,... entrent dans une action douloureuse, qui d'après le principe de la sympathie de l'équilibre, que j'ai expliqué ailleurs, provoque immédiatement l'action de l'utérus, et celui-ci pendant long-temps excite les autres parties à des efforts inutiles, avant de se constituer en un travail régulier. Dans tous ces cas, il vaut mieux procéder d'après la supposition que la femme n'est pas réellement en travail, et employer les moyens de la soulager; en la laissant sans secours, elle continuera probablement d'éprouver les mêmes douleurs qui pourront se terminer par celles de l'enfantement, mais le travail sera long et difficile; tandis qu'en suspendant l'action par un opiacé, et s'il est nécessaire par la saignée ou un laxatif, ou par un lavement, la femme pourra porter son fruit encore quelque temps de plus, et l'accouchement sera du reste plus aisé. — Quand les fausses douleurs sont accompagnées d'un état fébrile, ou qu'elles sont très-intenses pendant la nuit, il sera bon de tirer du sang, et de donner ensuite un anodin si les selles sont régulières. Dans tous les autres cas, il suffit généralement de tenir la femme dans un état de repos, de délayer les intestins par un lavement, s'il n'y a point de diarrhée, et ensuite de donner un opiacé suivi d'un laxatif.

Il est bon aussi de frictionner avec un onguent anodin, ou légèrement avec une brosse douce. Le mouvement calme souvent aussi les douleurs musculaires, tandis que le repos les augmente ; c'est pour cela que dans beaucoup de cas, elles deviennent plus intenses pendant la nuit. Dans d'autres circonstances, la station ou la marche cause de la douleur, probablement à cause de l'irritation du col de l'orifice utérin, produite par la tête de

l'enfant. — Les douleurs néphrétiques se reconnaissent à leur position, à l'agitation qu'elles produisent, aux fréquentes envies d'uriner, au mal de cœur, et à un pouls mou et peut-être lent. Un lavement anodin est le meilleur remède. — Le frisson et le tremblement arrivent dans quelques cas à la fin de la grossesse, et comme ils précèdent aussi quelquefois l'accouchement, ils font souvent espérer vainement que la délivrance approche ; ils paraissent liés tantôt à un trouble de l'estomac ou du canal alimentaire ; dans d'autres cas, à quelque changement survenu dans l'orifice de l'utérus lui-même, qui peut même sans douleur être dilaté et relâché au point de permettre au doigt de toucher très-facilement la tête de l'enfant à travers les membranes. C'est ordinairement le soir ou pendant la nuit que le frisson se fait sentir ; et il est quelquefois assez fort, et il peut se renouveler plusieurs fois. Il faut du reste ne rien faire, sinon de donner un peu de gruau chaud, ou une légère dose de laudanum, qui est toujours efficace.

LIVRE II.

DE L'ENFANTEMENT.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA CLASSIFICATION DES ACCOUCHEMENTS.

L'accouchement peut être défini : un effort d'expulsion fait par l'utérus, pour mettre au monde l'enfant après qu'il a acquis le degré de développement nécessaire pour qu'il puisse vivre, indépendamment de ses rapports avec la matrice. — Je propose de diviser les accouchements en sept classes ; mais je ne regarde pas la classification comme très-importante, ni celle-ci meilleure qu'une autre ; car les règles de pratique, pourvu que l'on donne les définitions convenables et des préceptes clairs, sont applicables aux différents cas.

Les classes que j'ai l'intention d'examiner sont :

Classe Ire. — *Accouchement naturel*, que je définis par, un accouchement qui a lieu à la fin du neuvième mois de la grossesse, lorsque l'enfant présente dès la première fois la partie supérieure et latérale de l'os pariétal, et que le front est dirigé vers la partie postérieure de la ligne iléo-pectinée, et le sommet vers la cavité cotyloïde opposée, qui est celle de gauche ; lorsqu'une proportion exacte existe entre le volume de la tête et la capacité pelvienne ; lorsque les douleurs sont régulières et efficaces ; lorsque le travail ne dépasse pas les vingt-quatre heures, se prolongeant rarement plus de douze heures, et très-souvent pas plus de six (1), et lorsqu'il ne survient aucun accident qui puisse entraver la délivrance ou compromettre la vie de la femme.

Cette classe ne renferme qu'un ordre.

Classe IIe. — *Accouchement prématuré*, ou accouchement qui a lieu bien avant la fin de la période ordinaire de la grossesse utérine, mais cependant à une époque assez avancée pour que l'enfant puisse survivre.

Classe IIIe. — Accouchements non naturels ou ceux dans lesquels la présentation ou la position de l'enfant est diffé-

(1) Le docteur Merriman établit que, sur cent quatre-vingt-un cas, cent onze enfants vinrent au monde dans les douze heures, et soixante-dix entre douze et vingt-quatre heures.

rente de celle qui a lieu dans l'accouchement naturel, ou dans lesquels l'utérus renferme plusieurs enfants ou des monstruosités.

Elle comprend sept ordres :

Ordre 1. Présentation des fesses.

Ordre 2. Présentation des extrémités inférieures.

Ordre 3. Présentation des extrémités supérieures.

Ordre 4. Présentation du dos, du ventre ou des côtés de l'enfant.

Ordre 5. Mauvaise position de la tête.

Ordre 6. Présentation du cordon ombilical.

Ordre 7. Pluralité de fœtus, ou monstruosités.

Classe IVe. — *Accouchement difficile*, ou accouchement prolongé au-delà de la durée ordinaire ; ce retard n'étant pas causé par la mauvaise position de l'enfant, et l'accouchement pouvant se terminer en sûreté sans l'emploi des instruments (1).

Cette classe renferme deux ordres :

Ordre 1. Lorsque la durée du travail provient de quelque impression ou irrégularité de la part de l'action musculaire.

Ordre 2. Quand elle dépend principalement de quelque obstacle mécanique.

Classe Ve. — *Accouchement laborieux ou artificiel*, qui ne peut être terminé sans l'emploi du forceps, ou lorsqu'il n'y a pas de proportion entre le volume de l'enfant et la capacité pelvienne.

Elle comprend deux ordres :

Ordre 1. Lorsque le cas admet l'emploi d'instruments qui ne détruisent pas nécessairement l'enfant.

Ordre 2. Lorsque l'obstacle à la délivrance est tellement grand, qu'il exige que la vie de l'enfant soit sacrifiée à la sûreté de la mère.

Classe VIe. — *Accouchement impraticable*, celui dans lequel l'enfant réduit à ses plus petites dimensions ne peut passer par le bassin.

Elle ne comprend qu'un seul ordre.

Classe VIIe. — *Accouchement compliqué*, lorsqu'il est accompagné de quelque accident ou maladie dangereuse ou pénible, lié dans les cas particuliers au travail de la parturition.

Elle comprend six ordres :

Ordre 1. Travail compliqué d'hémorrhagie utérine.

Ordre 2. Travail compliqué d'une hémorrhagie des autres organes.

Ordre 3. Travail compliqué de syncope.

Ordre 4. Travail compliqué de convulsions.

Ordre 5. Travail compliqué d'une rupture de la matrice.

Ordre 6. Travail compliqué d'une suppression d'urine ou d'une rupture de la vessie.

Cette classification me dispense nécessairement de considérer les différentes présentations de la tête, comme des variétés de l'accouchement naturel, ce qu'ont fait quelques auteurs. Baudelocque énumère six positions du sommet : dans la première, le sommet est à la cavité cotyloïde droite ; et dans la deuxième, à la gauche ; dans la troisième, derrière le pubis ; dans la quatrième, à l'articulation sacro-iliaque droite ; et dans la cinquième, à la gauche ; dans la sixième il est au sacrum. Quelques-unes de ces présentations sont si défavorables qu'elles demandent à être changées pour faciliter la délivrance. On ne peut donc d'après des principes exacts les regarder comme des variétés d'accouchement naturel. — On a fait des calculs sur la proportion qui existe dans la pratique entre ces différentes espèces d'accouchements. Ainsi le docteur Smellie suppose que sur mille femmes en travail, chez huit on emploiera les instruments, ou la version pour les éviter. Deux enfants présenteront les extrémités supérieures ; cinq, les fesses ; deux ou trois, la face ; un ou deux, l'oreille ; et dix présenteront le front tourné vers la cavité cotyloïde.

Le docteur Blaud, d'après un registre d'un hôpital, a établi la proportion des différentes espèces d'accouchements comme il suit. Sur mille huit cent sept femmes, mille sept cent quatre-vingt-douze accouchèrent naturellement, soixante-trois, ou une sur vingt, eurent un travail non naturel ; dans dix-huit de ces cas, l'enfant présentait les pieds ; dans trente-six, les fesses ; dans huit, le bras ; et dans un le cordon. Dix-sept femmes, ou une sur cent onze, eurent un accouchement laborieux ; dans huit de ces cas, il fallut diminuer la tête

(1) Le docteur Merriman établit que, sur quarante-cinq cas de travail prolongé, douze enfants vinrent au monde entre vingt-deux et trente heures, seize entre trente et quarante, et ainsi de suite en allant en décroissant jusqu'à deux, qui naquirent entre soixante-dix et quatre-vingts heures. Toutes les femmes se rétablirent.

de l'enfant; dans quatre, on employa le forceps; et dans les cinq autres, la face était dirigée vers le pubis. Neuf femmes, ou une sur deux cent dix, éprouvèrent une hémorrhagie utérine avant ou pendant le travail. Il est évident, au reste, que ce registre ne peut servir de base pour un calcul général, et le lecteur s'apercevra que le nombre des cas qui réclament l'emploi du crochet excède ceux qui demandent celui du forceps, ce qu'on ne remarque pas dans le cours ordinaire de la pratique. Le docteur Merriman dit que les fesses se présentent une fois sur quatre-vingt-six; les pieds, une fois sur quatre-vingt; et le bras, une fois sur cent soixante-dix cas.

Le docteur Nœgelé, dans l'hôpital de Heidelberg, dit que sur deux cent soixante-trois cas il y avait quatre jumeaux; deux cent cinquante-six enfants présentaient la tête, dont deux présentaient la face; cinq, les fesses; trois, les pieds; un, le bras; un, la poitrine; un, la hanche: d'où un accouchement sur vingt-six n'était pas naturel (1). L'on ne peut former avec beaucoup d'exactitude un état exact de la proportion des accouchements, d'après la pratique des individus, vu qu'un accoucheur peut par des circonstances particulières rencontrer un plus grand nombre de cas difficiles que ne comporte le nombre de ses clients. Ainsi, le docteur Hagen, de Berlin, dit que sur trois cent cinquante malades, il employa le forceps quatre-vingt-treize fois et le crochet dans vingt-huit cas, et vingt-six de ses malades succombèrent. Le docteur Dewes, de son côté, à Philadelphie, dit que dans plus de trois mille cas il n'en a rencontré qu'un seul qui réclamât l'emploi du crochet.

CHAPITRE IIe.

DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

SECTION Ire. — *Périodes du travail.*

Avant l'apparition du travail, il y a généralement quelques signes précurseurs qui se montrent quelquefois pendant plusieurs jours, le plus souvent quelques heures avant que les douleurs ne se fassent sentir. Les fibres utérines commencent à se contracter lentement et par degrés, ou à se raccourcir, ce qui fait que l'utérus devient plus tendu et plus petit. Il s'affaisse dans l'abdomen, la femme éprouve une sensation comme si son enfant était descendu; elle se sent plus libre et moins faible qu'auparavant, car quelques jours avant que le terme de la grossesse ne soit arrivé la femme est dans la plupart des cas indolente et inactive; mais alors elle se sent plus légère et plus alerte. En même temps que l'utérus s'affaisse, le vagin et l'orifice utérin sécrètent une certaine quantité de glaires muqueux qui rendent les organes de la génération plus humides qu'auparavant, et

---

(1) On peut avoir une plus ample information en consultant le relevé de l'hôpital d'accouchement de Dublin, par le docteur Clarke, d'où il paraît que, sur dix mille trois cent quatre-vingt-sept femmes, cent quatre-vingt-quatre seulement eurent des jumeaux; neuf mille sept cent quarante-huit accouchèrent naturellement, c'est-à-dire que la tête s'est présentée, et que le travail s'est passé dans les vingt-quatre heures; de ce nombre, soixante-onze femmes moururent; cent trente-quatre eurent un accouchement long, mais l'on ne dit pas combien de fois on a eu recours, dans ce nombre, au forceps; vingt-une femmes moururent. Il paraît qu'on employa le crochet pour quarante-neuf, dont seize succombèrent. Cent quatre-vingt-quatre présentèrent les pieds, dont une mourut; soixante-une, les fesses, dont quatre moururent; quarante-huit, l'extrémité supérieure, dont six moururent. Il y eut quatorze cas d'hémorrhagie utérine avant la délivrance; chez quatre femmes de ce nombre le placenta se présenta; il y eut dix-sept cas de convulsions avant la délivrance; soixante-six cas de présentation du cordon, parmi lesquels dix-sept enfants vinrent au monde vivants. Il y eut dix-sept présentations par la fontanelle, et quarante-quatre de la face, dont aucune, dit-il, n'occasionna un accouchement difficile. (Voir *Transact. of the assoc.*, etc., vol. Ier, p. 367.) Voir en outre le relevé de l'hôpital de Westminster, par le docteur Granville et le précieux Traité pratique du docteur Collins. — A Dresden, sur deux cent vingt-un accouchements, le sommet se présenta sur deux cent onze, la face dans cinq, les fesses dans trois, et les pieds dans un. Dans le Wurtemberg, la proportion des cas qui réclamèrent l'aide des instruments était de trois et demi pour cent. Sur mille de ces délivrances artificielles, le forceps fut employé trois cent quarante-quatre fois.

ceux-ci sont quelquefois gonflés et relâchés, le vagin surtout devient plus mou et plus souple. Ces changements s'accompagnent souvent d'une légère irritation des parties voisines qui produit une envie d'aller à la garde-robe ou d'uriner fréquemment, et quelquefois des coliques précèdent le travail ou accompagnent les premiers symptômes.

Le but du travail est d'expulser l'enfant et l'arrière-faix : pour le remplir, la première chose que la nature ait à faire c'est de dilater le col de l'utérus à un degré tel que l'enfant puisse passer à travers ; la seconde, d'expulser l'enfant, et la dernière de toutes, c'est l'expulsion de l'arrière-faix. Le travail peut donc se diviser en trois périodes : la première est généralement la plus longue; elle est accompagnée de douleurs fréquentes, mais ordinairement de courte durée, que l'on décrit être aiguës, et quelquefois assez intenses pour dire qu'elles sont déchirantes ou poignantes. Elles commencent ordinairement dans le dos et elles s'étendent vers le pubis ou le haut des cuisses ; mais, sous ce rapport, il y a une grande diversité chez les différentes femmes, ou chez la même femme à différentes époques. Quelquefois la douleur se fait sentir principalement ou entièrement dans l'abdomen, tandis que le dos n'est nullement affecté pendant cette période, et l'on observe généralement que ces douleurs ne sont pas aussi efficaces que celles qui affectent le dos; ou bien la douleur produite par les contractions de la matrice peut se faire sentir dans la région de l'utérus, et, quand elle disparaît, elle peut être remplacée par une douleur de dos insupportable. Dans d'autres cas, la douleur est limitée à une petite partie du dos et à la partie supérieure du sacrum, et elle est sourde ou aiguë, et dans quelques cas elle est accompagnée d'un mal de cœur assez fort ou d'une tendance à la syncope. La marche la plus régulière des douleurs, c'est d'être d'abord limitées au dos, de descendre ensuite par degrés en s'étendant autour du ventre, du pubis, ou de la partie supérieure des cuisses, gagnant ensuite par degré leur partie postérieure, tandis que la partie antérieure s'en trouve débarrassée ; quelquefois il n'y a qu'une cuisse qui se trouve affectée. A cette époque aussi du travail, une des jambes est quelquefois atteinte de crampes. La durée de chaque douleur est variable; d'abord elle est très-courte, ne durant pas plus d'une demi-minute, peut-être pas même aussi long-temps; mais, par degré, elle devient plus longue et plus intense (1). L'augmentation cependant n'est pas uniforme, car quelquefois, au milieu de la période, les douleurs deviennent plus courtes et plus légères que dans le commencement. Dans l'intervalle des douleurs, la femme est quelquefois très-assoupie, ou très-irritable et très-éveillée. Les douleurs sont bientôt accompagnées d'un désir de saisir ou de prendre l'objet le plus voisin; en même temps les joues deviennent colorées, et la couleur augmente avec l'intensité de la douleur. La main, placée sur l'abdomen, sent la matrice devenir, pendant une douleur, plus dure et plus compacte ou plus contractée.

Les douleurs de l'enfantement commencent souvent par un frisson considérable ou par un tremblement du corps avec ou sans sensation de froid. Ces tremblements peuvent du reste avoir lieu à toute période de l'accouchement. Ils peuvent se succéder rapidement dans la seconde période et manquer entièrement pendant la première, ou bien ils peuvent ne pas paraître du tout, même au plus léger degré, ou ils peuvent ne se présenter que pendant un temps très-court. On peut à peine dire qu'ils précèdent les douleurs utérines, mais ils sont plutôt isochrônes dans leur apparition ; dans d'autres cas ils ne paraissent que lorsque les douleurs ont duré pendant un certain espace de temps, et alors la douleur utérine cesse ordinairement tout-à-coup; d'où l'on pourrait supposer qu'ils retardent le travail, mais il n'en est pas toujours ainsi. Pour le degré, il varie depuis un léger tremblement jusqu'à une agitation du corps assez violente pour ébranler le lit sur lequel la malade repose, et même pour ressembler un peu à une convulsion. L'estomac sympathise aussi avec l'utérus pendant cette période, et la malade se plaint d'un sentiment d'oppression, quelquefois de mal d'estomac ou de maux de cœur, et même de

(1) Le docteur Merriman cite, d'après M. Sacombe, un relevé de l'intervalle existant entre les douleurs et de leur durée. L'intervalle va en diminuant de quinze à quatre minutes, et la durée va en augmentant de vingt-une à quatre-vingt-treize secondes. Ceci est un cas particulier, et ne donne aucune règle générale.

vomissements que l'on considère comme un bon signe lorsqu'ils ne proviennent pas de l'épuisement. La malade peut éprouver un sentiment d'accablement ou de faiblesse, mais le pouls est généralement bon. Quand, dans l'accouchement naturel, la malade est prise d'une attaque soudaine de maux de cœur, d'évanouissements avec un pouls faible, elle est en général bientôt soulagée en rendant de la bile. Du reste ces symptômes manquent souvent, ou se présentent à différentes périodes de l'accouchement. Comme les frissons, ils peuvent ne point paraître dans la plus grande partie de la première période, ou même ne se montrer qu'à la fin pour se succéder rapidement dans la seconde. Mais, en général, ils arrivent dans la première période, et disparaissent lorsque l'orifice utérin est entièrement dilaté. — Il est confirmé par l'observation que les maux de cœur et le sentiment de prostration dépendent du rapport sympathique des nerfs de l'orifice utérin avec ceux de l'estomac, puisqu'en touchant cet orifice avec le doigt, à cette période, quelquefois on provoque ces symptômes. En partie à cause de ces sensations, en partie à cause de l'anxiété et de la sollicitude que produit un état de souffrance et de danger, et en partie parce que les douleurs ne sont accompagnées d'aucun effort d'expulsion, la femme, pendant cette période, devient quelquefois abattue et inquiète; elle suppose que les douleurs ne font aucun bien, qu'elle a été ou qu'elle doit être long-temps à accoucher; que l'on pouvait faire quelque chose pour la soulager, ou que l'on a fait ce que l'on aurait dû éviter; qu'il y a une mauvaise position de l'enfant ou une faiblesse dans ses propres forces.

Quand les douleurs de l'enfantement commencent, il y a une augmentation dans l'écoulement muqueux qui sort par le vagin, et qui vient des follicules du vagin et de l'orifice utérin; il est glaireux, clair, et il a une odeur particulière. Quand l'orifice utérin est considérablement dilaté, ce qui arrive quelquefois de très-bonne heure, il y a, à cause de la séparation de la membrane caduque, une petite quantité de sang qui s'écoule et qui donne aux mucosités une teinte rougeâtre. La distension de l'orifice utérin est souvent accompagnée d'une irritation des parties voisines. La femme se plaint de strangurie, ou elle a une ou deux selles avec ou sans colique, surtout dans le commencement de cette période. Le pouls est quelquefois accéléré; mais le plus souvent il ne change pas. — Lorsque l'orifice de l'utérus est considérablement dilaté, la seconde période commence. Les douleurs deviennent différentes, on les sent plus bas, elles sont plus prolongées, et accompagnées d'un sentiment de pesanteur, ou d'un désir involontaire d'expulser ou de faire un effort avec les muscles; et ce désir est très-souvent accompagné d'une forte envie d'aller à la selle. Il s'établit une transpiration, et le pouls, qui, pendant la première période, bat peut être plus fréquemment que de coutume, devient encore plus fréquent pendant les efforts. La malade se plaint d'avoir chaud, et sa langue est sèche. Bientôt après le commencement de cette période, les eaux de l'amnios s'écoulent d'ordinaire; cet écoulement est souvent suivi d'un court répit dans les douleurs; mais bientôt après les efforts redoublent: quelquefois il n'y a pas de cessation; mais les douleurs deviennent immédiatement plus intenses et plus efficaces. Le périnée commence alors à être comprimé tellement qu'il s'arrondit et forme une saillie au dehors, et les grandes lèvres s'étendent. La saillie du périnée augmente graduellement; les grandes lèvres sont plus distendues, et à la fin elles descendent comme un arc renversé sur la tête de l'enfant. Les nymphes se déplissent, de sorte que l'intérieur des grandes lèvres proémine un peu, comme un anneau étroit, au-delà de la peau. Le coccyx est poussé un peu en arrière, et par conséquent en bas. L'anus est porté directement en bas, et son bord antérieur un peu en avant, de sorte que l'on voit un peu de front la surface interne ou l'extrémité de l'orifice. Quelquefois l'anus tout entier est poussé en avant. Le périnée s'étend à la fois en bas et en avant, et devient très-mince, et, avec la partie antérieure de l'extrémité du rectum ou de l'anus, il se renverse sur la tête de l'enfant: ensuite, à mesure que la tête s'avance, il glisse en arrière sur le front et la face, et devient plus étroit à mesure qu'il s'étend latéralement. L'extension des parties se fait graduellement et par intervalle: car, lorsque la douleur cesse, la tête se retire et le périnée se relâche; mais, à la fin, la tête est fixe et ne recule plus. Pendant quelque temps le périnée est continuellement distendu; et puis, comme on l'a dit, il glisse en arrière, ce qui diminue la

chance qu'il a d'être déchiré. A mesure que la tête s'avance le sommet se dirige en haut vers le pubis, de manière à couvrir l'orifice de l'urètre, et quelquefois il touche presque au clitoris; et puis, après une douleur, il tourne avec la face vers la cuisse, ou bien il opère ces deux mouvements tout d'un coup. La sortie de la tête s'effectue avec de vives souffrances; mais immédiatement après, la femme se sent soulagée, et délivrée de toute douleur. Au bout de très-peu de temps l'utérus recommence à agir, et le reste de l'enfant est expulsé. Ce qui complète la seconde période de l'accouchement. Une des épaules, ordinairement la droite, se trouve à l'arcade du pubis; l'autre au périnée; les deux sont souvent expulsées presque en même temps; mais le sommet de celle qui est au pubis s'avance généralement un peu de dessous l'arcade, et ensuite celle qui est en arrière se dégage du périnée, et prenant le pas en quelque sorte sur l'autre, elle sort la première. Ensuite les deux coudes passent presque à la fois, et, après une courte pause, la fesse qui est diagonale passe en même temps qu'une hanche est dirigée vers le pubis et l'autre vers le sacrum. L'expulsion du corps se fait généralement très-aisément et très-vite; mais quelquefois la femme souffre des douleurs très-fortes avant que les épaules soient dégagées. La naissance de l'enfant est suivie d'un calme de courte durée, qui dépasse rarement vingt minutes, puis surviennent quelques légères douleurs, résultant de la contraction nécessaire pour l'expulsion du placenta. Il descend par ses bords, il est plié, et les membranes qui s'en détachent sont renversées de manière à former une espèce de poche qui reçoit au moins une partie du liquide ou du sang caillé qui s'est écoulé dans la matrice. Cette expulsion est accompagnée et suivie d'un léger écoulement de sang qui dure quelques jours, mais qui va en diminuant, sous le nom de lochies rouges.

Les changements particuliers, dans la position de la tête et dans son passage, seront décrits dans la troisième section.

SECTION II. — *Durée du travail.*

La durée du travail et de ses périodes varie, non-seulement chez différentes femmes, mais aussi chez la même femme, dans des accouchements successifs; car, quoique quelques accouchements, sans aucune cause mécanique, soient uniformément lents ou rapides chez la même femme, l'un d'eux sera difficile, et peut être le suivant sera-t-il extrêmement prompt; et l'on ne peut prévoir cette variation d'après un état préalable de l'économie. Un accouchement naturel devra se terminer dans les vingt-quatre heures après la première apparition des douleurs, pourvu que ce soient de vraies douleurs, et qu'elles se continuent régulièrement: car quelquefois, après s'être répétées deux ou trois fois, elles sont suspendues, et la femme se trouve bien pendant plusieurs heures, après quoi le travail recommence comme d'ordinaire. Dans ces cas, le travail ne peut être daté d'après la première sensation de la douleur, ni regardé comme long. Le plus grand nombre de femmes ne souffrent pas plus de douze heures, un grand nombre sont en travail pendant un temps moindre, et quelques-unes pendant une heure au plus (1). Peu de femmes appellent l'accoucheur avant que, d'après la régularité et la fréquence des douleurs, elles ne soient sûres qu'elles sont en travail et qu'elles se sentent aller plus mal. — Comme la rapidité du travail ne peut être déterminée d'avance, un grand nombre de femmes accouchent seules, parce que le travail se fait plus rapidement qu'elles ne le pensent. En somme, on trouvera que l'accoucheur n'est pas appelé plus de quatre heures avant l'accouchement. La régularité et la durée comparative des différentes périodes varient aussi; mais on remarquera, en général, que lorsque la femme doit avoir un travail long, le retard a lieu dans la première période; et, dans le cas où la seconde période est prolongée, le retard arrive dans la dernière partie de cette période. Dans la plupart des cas la première période est triple de la seconde. La pre-

(1) Le docteur Collins prétend que, sur quinze mille huit cent cinquante cas, quinze mille quatre-vingt-quatre femmes accouchèrent dans les douze heures. Le plus grand nombre, c'est-à-dire dix mille neuf cent quatre-vingt-sept, furent en travail depuis une heure jusqu'à quatre; parmi celles-ci, trois mille cinq cent treize ne furent qu'une heure. On ne peut, du reste, établir aucun calcul, vu que l'on trouve cent soixante-six femmes qui accouchent en vingt-quatre heures, et deux seulement en vingt-cinq heures; une en quarante-quatre heures, et quarante-sept en quarante-huit heures; cent soixante-une ne furent malades qu'un quart d'heure et cent cinquante-six neuf heures.

mière période peut-être longue, parce que les douleurs n'agissent pas sur l'orifice utérin, ou parce qu'elles sont faibles et ne produisent pas l'effet désiré, ou parce qu'elles se confondent prématurément avec les symptômes de la seconde période ; c'est-à-dire que des efforts d'expulsion sont faits avant que l'orifice utérin ne soit très-dilaté. Différentes circonstances peuvent concourir à causer cette prolongation : telles que l'inactivité de l'utérus, la rigidité de son col, l'évacuation prématurée des eaux, une irritation intempestive, des efforts volontaires mal concertés, etc. La seconde période peut être prolongée par l'irrégularité des contractions utérines, ou par la suspension des efforts d'expulsion, ou parce que la tête ne tourne pas dans la direction la plus favorable, ou par la trop grande rigidité des organes externes.

Ces causes, et bien d'autres que nous examinerons dans la suite, peuvent, non-seulement prolonger l'accouchement, mais même le rendre difficile au point qu'il sort de la classe des accouchements naturels. C'est une opinion généralement reçue, qu'un premier accouchement dure toujours plus long-temps que ceux qui viennent ensuite : cependant nous serions portés à supposer que la parturition étant une fonction naturelle, devrait s'accomplir aussi bien et aussi facilement la première fois que la cinquième, ou que le travail ne dépend ni de l'habitude ni de l'instruction. Mais l'on trouve ici, comme dans beaucoup d'autres cas, que l'opinion populaire repose sur des faits, quoique, dans plusieurs cas, un premier accouchement soit aussi prompt qu'un second; cependant, en général, la femme met plus de temps à parcourir les différentes périodes du travail; ceci dépend peut-être en partie de la plus grande facilité avec laquelle les différentes parties molles se dilatent après avoir été une première fois entièrement distendues. Quelques auteurs ont attribué les douleurs de l'enfantement à des causes mécaniques, comme à la forme du bassin et au volume de la tête de l'enfant. Mais, dans la grande majorité des cas, le bassin est proportionné de manière à permettre à la tête de passer avec facilité. La douleur et la difficulté qui accompagnent l'expulsion de l'enfant doivent être attribuées à la violente contraction des fibres musculaires de l'utérus, et à la dilatation consécutive de l'orifice de la matrice et de la vulve, joint à l'effet que cela produit sur les nerfs, et peut-être à l'irritation momentanée des nerfs eux-mêmes. Par conséquent, toutes choses égales d'ailleurs, les femmes souffrent suivant la sensibilité des organes intéressés, et suivant la difficulté avec laquelle les parties se dilateront. Plus les femmes s'éloignent de l'état de simplicité pour se jeter dans le luxe et le raffinement des plaisirs, plus les forces de leur économie s'appauvrissent, plus le travail de l'enfantement devient douloureux. Dans un état de simplicité naturelle, les femmes, dans tous les climats, mettent au monde leurs enfants avec facilité et se rétablissent promptement (1), surtout dans les pays où la

---

(1) « Les Groëlandaises vaquent à toutes leurs affaires immédiatement avant et après leur accouchement, et on entend parler rarement d'un enfant mort-né ou déformé. » Crantz's *History of Greenland*, vol. I, p. 161. — Long nous dit que les Indiennes de l'Amérique, aussitôt après avoir mis au monde un enfant, vont le plonger dans l'eau. Un soir il demanda à un Indien où était sa femme; il lui répondit qu'il supposait qu'elle était allée dans les bois tendre un piége à une perdrix. Au bout d'une heure, elle revient en portant dans ses bras un enfant nouvellement né, et elle lui dit en chippoway : « *Oway saggonash payshick shomagonish*, » c'est-à-dire : « Voici, monsieur l'Anglais, un jeune guerrier. » *Travels*, p. 59. — « Comme les accouchements sont très-aisés en Perse, ainsi que dans les autres pays de l'Orient, il n'y a point de sages-femmes. Les parentes âgées et les femmes les plus graves font cet office; mais comme il n'y a guère de vieilles matrones dans le harem, on en fait venir du dehors dans le besoin. » *Voyages de M. Chardin*, tom. IV, p. 250. — Lemprière dit : « Les femmes dans ce pays (Morocco) souffrent peu du travail de l'enfantement ; elles se lèvent fréquemment le lendemain, et font tout leur ménage avec leur enfant sur leur dos. » Tour, p. 528. — Winter-Bottom dit que « chez les Africains l'accouchement est très-facile, qu'il est abandonné entièrement à la nature, et personne ne le sait que lorsque la femme paraît à la porte de sa cabane avec son enfant. » *Récit des Africains natifs*, etc., vol. II, p. 209. — « Les femmes de Shangalla mettent au monde leurs enfants avec la plus grande facilité, et jamais ne se reposent ni ne sont alitées après la délivrance; mais, après s'être lavées elles et leur enfant avec de l'eau froide, elles l'enveloppent dans une douce couver-

chaleur concourt à relâcher les fibres. La qualité et la quantité de la nourriture ont moins d'influence sur le travail de l'enfantement que le genre de vie. A l'état sauvage, les femmes, quoique menant une vie austère, et souvent forcées de travailler plus que les hommes, accouchent avec facilité, tandis que dans ce pays-ci, où les femmes ont une nourriture simple, elles n'accouchent pas plus aisément que celles qui ont une nourriture succulente. Dans toutes les classes l'on trouve l'orifice utérin considérablement dilaté, et quelquefois l'on rencontre des exemples d'accouchements qui se font rapidement, à peine sans douleur, et j'ai connu des cas où la malade déclarait n'avoir éprouvé aucune douleur, même à la fin, excepté le sentiment d'une forte pression, au point qu'elle exprimait son étonnement que l'enfant fût né. La connaissance de ce fait, dont je suis certain d'après mes propres observations, peut être d'une grande importance dans quelques questions de jurisprudence. J'ajouterai sur le même sujet que les douleurs deviennent tout-à-coup et contre toute attente, expulsives, qu'elles soient aiguës ou non, et l'enfant peut être mis au monde avant que la malade ait le temps de se mettre au lit ou d'être retirée de sa chaise percée si elle a été à la selle. Une forte envie d'aller à la selle peut l'emporter sur le sentiment des douleurs utérines, et précéder immédiatement la délivrance. Il ne faut donc jamais, à une période avancée du travail, permettre à la malade de se lever, du moins si le travail s'est fait régulièrement, et en aucun temps, sans les précautions convenables.

ture faite avec de l'écorce d'arbres, et le suspendent à une branche pour que les grosses fourmis dont les arbres sont infestés et que les serpents ne puissent le dévorer. » Bruce's *Travels*, vol. II, p. 553. — A Otaheite new south wales Surinam, etc., la parturition est très-facile, et l'on pourrait, s'il était nécessaire, citer bien d'autres exemples. Il ne faut pas toutefois supposer que dans les climats chauds les femmes ne souffrent pas beaucoup. Dans les Indes orientales, « un grand nombre de femmes perdent la vie la première fois qu'elles accouchent. » Bartholomeo's *Voyage*, chap. II. — Les animaux non domestiques mettent bas leurs petits avec beaucoup d'aisance; mais quelquefois ils souffrent beaucoup, et quand ils sont privés, ils perdent quelquefois la vie.

SECTION III. — *De l'examen du col de l'utérus.*

L'existence et les progrès du travail, et la manière dont est placé l'enfant sont constatés par le toucher pratiqué à travers le vagin. A cette fin, la femme sera couchée dans son lit sur le côté gauche(1), avec une courte-pointe sur elle, si elle est en chemise. On glissera la main le long de la partie postérieure des cuisses jusqu'au périnée, et de là immédiatement au vagin, dans lequel on introduira l'index. Il ne faut jamais porter la main à la partie antérieure de la vulve et de là au vagin. L'introduction sera faite le plus promptement et le plus doucement possible, et on observera la plus grande délicatesse. L'information que nous désirons avoir, nous l'obtiendrons en examinant avec beaucoup de soin et d'exactitude l'orifice utérin et la partie de l'enfant qui se présente, ce qui n'occasionne aucune douleur, et par conséquent ce qui ôte la crainte qu'un grand nombre de femmes, par préjugé ou par quelque mauvais traitement qu'elles auraient souffert préalablement, ont de cette opération. En tenant la main appliquée sur l'abdomen pendant la durée de la douleur, on pourra s'assurer, d'après la dureté momentanée de l'utérus, que ses fibres se contractent dans toute son étendue, et c'est une remarque que nous ne devons jamais négliger. — Quand une femme est en travail, il faut, si les douleurs sont régulières, que l'accoucheur propose de pratiquer le toucher, aussitôt son arrivée auprès d'elle.

Il est important que la position de l'enfant soit constatée de bonne heure, et la plupart des femmes sont jalouses de savoir quel progrès a fait le travail, et si leur état n'inspire aucune crainte. Comme il est d'ordinaire d'examiner l'état des parties pendant une douleur, un grand nombre ont appelé cette opération « saisir une douleur. » Mais il n'est pas nécessaire de donner des règles sur le lan-

(1) Quelques auteurs ont proposé la station ou la position à demi assise, et elles peuvent sans doute convenir dans certaines maladies de la matrice, qui, par sa pesanteur, peut descendre plus à la portée du doigt. Quelquefois, dans les premiers mois de la grossesse, elles sont utiles d'après le même motif; mais, pendant le travail, il est rare que la matrice soit assez haute pour que le toucher ne puisse être pratiqué dans une position horizontale.

gage qu'il convient de tenir, vu que tout homme de bon sens et de délicatesse saura bien se conduire et pourra aisément, par l'intermédiaire de la garde-malade, ou en tournant la conversation sur l'état de la malade, proposer de déterminer les progrès du travail. Quelques femmes, par une fausse délicatesse, ou parce qu'elles ne comprennent pas l'importance de procurer au médecin la connaissance de leur état, ont de la répugnance à se laisser toucher avant que les douleurs ne deviennent aiguës. Mais ce délai est peu raisonnable, car si la présentation demandait quelque changement, il serait plus facile de l'effectuer avant la rupture des membranes qu'après. Quand la présentation est connue, il est inutile de répéter le toucher pendant la première période, vu que c'est une source d'irritation, et que, si elle se prolongeait, ce serait un moyen d'exciter l'impatience de la femme. Quelquefois le simple contact du doigt sur le col produit un mal de cœur et des évanouissements. Dans ce cas-là, il ne faut pas répéter l'examen, quand bien même la dilatation naturelle rendrait pour un temps ces effets plus alarmants. Dans la seconde période, il faudra proportionner la fréquence du toucher à la rapidité du travail.

Pour éviter de causer de la douleur ou de l'irritation, il est d'habitude d'enduire son doigt avec de l'huile ou du cérat, mais à moins que cette pratique ne serve de précaution pour empêcher l'action d'une matière morbide sur la peau, elle n'est pas très-nécessaire, vu que dans le travail les parties sont généralement fournies d'une sécrétion abondante de mucosités. Il est d'usage, pendant que l'on procède à l'examen du col de l'utérus, que la chambre ne soit pas éclairée, que les rideaux du lit soient entièrement fermés, et on devra essuyer la main avec une serviette avant de la retirer de dessous les couvertures. Le moment convenable pour examiner est pendant une douleur, et l'on devra commencer lorsqu'elle survient; par là l'on constate l'effet produit sur l'orifice utérin, et en retenant le doigt jusqu'à ce que la douleur soit passée, l'on détermine le degré où s'arrête la dilatation de l'orifice utérin, et la position précise de la partie qui se présente, ce que l'on ne pourrait faire pendant une douleur, si les membranes étaient entières, de peur que la pression du doigt ne les rompît prématurément si elles étaient minces. — On ne doit jamais, autant que possible, proposer le toucher ou le pratiquer, lorsqu'il y a dans la chambre une personne qui n'est point mariée, mais il est toujours convenable que la garde malade ou quelque autre personne soit présente. L'on constate l'existence du travail d'après les effets qu'il produit sur l'orifice utérin, ses progrès, d'après le degré de sa dilatation, en même temps que l'on reconnaît la position de la tête par rapport aux différentes parties du bassin. On peut ici poser une question préliminaire, savoir, si le développement de l'orifice utérin, ou son ouverture, à un degré sensible, indique l'existence actuelle du travail. Si l'on entend par là la contraction générale et régulière des fibres utérines, je dirai que la simple ouverture de l'orifice utérin, avec ou sans douleur, ne prouve pas l'existence naturelle du travail, car il peut s'ouvrir considérablement pendant une semaine ou deux avant que les efforts généraux d'expulsion ne s'effectuent, et si cet effort partiel peut être accompagné de douleur, je doute fort qu'il soit accompagné d'une dureté ou d'une contraction du corps et du fond de l'utérus. Si, dans quelque cas de cette espèce, on sentait que pendant une douleur tout l'utérus devenait dur, alors il faudrait admettre que le travail, dans le sens le plus absolu, peut commencer, et être suspendu ensuite entièrement pendant une quinzaine ou même plus longtemps.

Avant que le travail ne commence, l'orifice utérin est généralement tellement fermé que le doigt ne peut, à moins que ce ne soit de force, être introduit bien avant dans l'intérieur, et l'orifice est dirigé plus ou moins en arrière vers le sacrum. L'orifice utérin est en quelque sorte un appendice de l'utérus, et il proémine sous une forme cylindrique. Il n'est pas musculaire, mais en quelque sorte élastique, car, après avoir été dilaté, il revient sur lui-même si la force cesse. Il en est autrement du col, qui est musculaire, et dont les fibres peuvent agir circulairement ou longitudinalement, mais d'abord elles agissent sur l'orifice utérin seul. Si dès le commencement elles agissaient circulairement, elles opèreraient comme un sphincter. Si le doigt est introduit pendant le travail dans l'orifice utérin lorsqu'il n'est pas entièrement distendu, alors, quoique sa propre substance puisse céder plus ou moins, cependant l'on sent le cercle dur formé

par le bord inférieur du col, qui offre une résistance à l'intérieur. Il faut qu'il soit relâché, et les fibres n'agissent circulairement qu'autant qu'il est nécessaire pour contenir ensemble les fibres longitudinales, autrement la tête ne pourrait passer. Le premier effet de la douleur est de développer l'orifice utérin, c'est-à-dire de détruire la saillie ou la protubérance qu'il forme, et ensuite de le dilater. Quelquefois le développement se fait très-vite, et l'orifice utérin devient mince et prend la forme d'un entonnoir, d'autres fois il reste dur et épais, et par degrés il se développe de haut en bas, et à la fin, on ne sent plus de dureté qu'à l'orifice, qui admet seulement le bout du doigt, et qui est entièrement aplati; même lorsque l'orifice utérin est considérablement dilaté par les douleurs, il devient, à cause de son élasticité, plus étroit en l'absence d'une douleur, et quoique à cette période il puisse se laisser distendre par le doigt, cependant l'on ne peut dilater le col, comme je viens de le dire : quand le toucher a lieu au commencement du travail, on doit chercher l'orifice utérin près le sacrum, à la partie postérieure du bassin, tandis qu'entre cet os et le pubis on pourra passer le doigt le long de la partie antérieure du col utérin. La partie de la tête qui se présente repose sur cette portion du col, de sorte que dans l'accouchement naturel, elle prend en quelque sorte la forme de la tête, et pour établir une distinction, je l'appellerai tumeur utérine. Chez quelques femmes, le col est tellement appliqué sur la tête et si tendu, qu'un observateur superficiel le prendrait pour la tête elle-même. Dans ce cas-ci, le travail souvent traîne en longueur, lorsque l'orifice utérin est très-haut et très-en arrière, mais s'il est porté plus en avant, et qu'il soit mou et mince, c'est plutôt un bon signe. Cette tumeur, ou cette portion de la matrice est large au commencement du travail, mais elle devient plus étroite à mesure que l'orifice de l'utérus se dilate, jusqu'à ce qu'à la fin il soit complètement effacé, lorsque la tête, à nu ou revêtue de ses membranes, a gagné le vagin. Par conséquent, la largeur de cette portion de la matrice, aussi bien que l'examen de l'orifice utérin serviront à constater l'état du travail.

L'orifice utérin se dilate graduellement par les douleurs de l'enfantement, mais cette dilatation s'effectue plus aisément dans quelques cas que dans d'autres. Dans quelques-uns, quoique les douleurs aient duré plusieurs heures et aient été fréquentes, on trouvera l'orifice utérin très-peu ouvert. Dans d'autres, il se produit un grand effet dans un court espace de temps. Bien plus, l'on trouve que l'orifice utérin peut être en partie et même beaucoup dilaté sans qu'il y ait eu douleur. L'on ne peut, d'après des règles générales, prévoir l'effet que produiront les douleurs ni apprécier par le toucher les progrès et la durée probable du travail.

On trouve, chez différentes femmes, l'orifice utérin dans des états très-opposés; chez quelques-unes il est épais, mou et pendant comme un cône; chez d'autres, il est mince et infundibuliforme. Quelquefois il ne proémine pas, dans les premiers temps, mais les lèvres de l'ouverture sont sur le même plan, comme celles d'une bourse; ces lèvres peuvent être minces ou épaisses, ou bien l'un ou l'autre de ces états peut exister avec dureté ou mollesse dans les fibres. Dans quelques cas, les lèvres semblent tuméfiées, comme si elles étaient œdémateuses, et cet état se combine avec un œdème de la vulve, ou bien il peut provenir d'une ecchymose. Or, parmi ces états de l'orifice, quelques-uns sont plus favorables que d'autres : un état de rigidité dans l'orifice utérin, avec des lèvres plates ou proéminentes, indique généralement un travail lent, car, tant que dure cet état, la dilatation est tardive. Un orifice épais et œdémateux est aussi peu favorable, et généralement un orifice proéminent ou tubulé, surtout si les lèvres sont épaisses et dures (1), se lie à un travail beaucoup plus long que lorsque l'orifice utérin est aplati. Dans quelques cas de travail lent, après que la saillie de l'orifice utérin s'est affaissée, son orifice est pendant plusieurs heures à peine sensible, et ressemble à un petit anneau dur parfaitement au niveau du reste de la matrice. Mais quoique ces observations puissent aider au pronostic, cependant elles ne peuvent donner une opinion parfaitement exacte, car un état de l'orifice utérin, peu favorable en apparence, peut se changer tout à-coup en un autre tout opposé, et l'accouchement se

(1) Si les lèvres sont minces et molles, l'orifice utérin perd quelquefois, dans l'espace d'une heure, sa saillie, et devient considérablement dilaté.

terminer avec une vitesse inattendue; par conséquent, nous devons être circonspects dans notre pronostic. Lorsque les douleurs produisent peu d'effet apparent sur l'orifice utérin, lorsqu'elles sont légères et en petit nombre, et lorsque l'orifice de la matrice est dur et rigide, ou bien épais et plissé pendant une douleur; lorsqu'il est pendant et qu'il fait saillie durant la douleur, tandis que les fibres inférieures du col, lorsqu'on introduit le doigt à l'intérieur de l'orifice, sont au toucher fermes et contractées, ou, quoique l'orifice utérin s'aplatisse pendant la durée d'une douleur, lorsqu'il retombe et qu'il fait de nouveau saillie quand elle est passée, il y a beaucoup à craindre que le travail ne soit long, surtout si le col est rigide. D'un autre côté, lorsque les douleurs sont vives et l'orifice mince et mou, on peut s'attendre à une prompte délivrance, mais comme, dans le premier cas, le mauvais état de l'orifice utérin peut disparaître inopinément, de même, dans le second état, les douleurs peuvent être suspendues, devenir irrégulières et tromper nos espérances. L'orifice utérin rarement se dilate également dans des temps donnés, mais il est plus lent d'abord à s'ouvrir que dans la suite. On a supposé que s'il fallait trois heures pour dilater l'orifice d'un pouce, il en fallait deux pour le dilater d'un autre pouce, et trois autres heures pour le dilater complètement. Ce calcul, au reste, est soumis à une grande variation, car, dans beaucoup de cas, quoiqu'il faille quatre heures pour le dilater d'un pouce, une seule heure peut suffire pour terminer tout le travail.

L'orifice utérin est, au commencement du travail, généralement placé assez haut; mais à mesure que le travail avance, l'utérus descend dans le bassin en même temps que la tête, et, à mesure qu'il descend, l'orifice utérin se dilate, tandis que la tumeur utérine diminue de largeur. Si l'orifice utérin restait longtemps élevé, quoique considérablement dilaté, mais plus particulièrement s'il ne l'était pas, il y a raison de supposer que le travail durera encore quelque temps. D'un autre côté, si l'utérus descendait trop vite, il pourrait s'ensuivre une espèce de prolapsus, et son orifice paraîtrait à l'entrée du vagin. Cet état s'accompagne généralement de douleurs expulsives prématurées, et indique un travail pénible et long. — La saillie des membranes et l'écoulement des eaux de l'amnios ont un certain rapport avec la marche du travail. Lorsque l'orifice utérin commence à se dilater, les membranes sont peu tendues, elles font à peine saillie à travers l'orifice, jusqu'à ce qu'il soit considérablement ouvert. Mais à mesure que la dilatation avance et que les douleurs deviennent plus vives, les membranes sont plus tendues, faisant saillie pendant une douleur, et devenant plus relâchées lorsqu'elle cesse. Dans quelques cas, on trouve à l'examen les membranes poussées très-bas dans le vagin, comme une portion de la vessie, tendues et fermes pendant une douleur, mais disparaissant en son absence. Quelquefois, quoique la tête ne touche pas encore le périnée, les membranes font saillir ce muscle, et les matières fécales sont évacuées comme si la tête allait être expulsée. Lorsque les membranes se rompent, la tête, dans ces cas-là, sort souvent au bout de quelques secondes, mais les douleurs peuvent cesser pendant un court espace de temps, et la femme se trouve mieux qu'auparavant. La saillie des membranes, que quelques auteurs ont décrite comme une partie constituante de l'accouchement naturel, n'est nullement un cas général; car, dans une foule d'exemples, les membranes proéminent peu et forment à peine dans le vagin une poche sensible au toucher. Lorsque les douleurs ont agi quelque temps sur les membranes en poussant les eaux de l'amnios contre elle, et surtout lorsqu'elles deviennent pressantes, les membranes se rompent, et le liquide s'échappe quelquefois en quantité considérable. Mais dans d'autres cas, il s'en échappe fort peu, vu que la tête remplit si complètement le bassin, que la plus grande partie des eaux se trouve retenue au-dessus d'elle et ne s'écoule qu'après la sortie de l'enfant. S'il y a une grande irrégularité dans le degré de la saillie des membranes, il n'y en a pas moins dans l'époque où elles se rompent. Dans quelques cas, par faiblesse naturelle ou faute d'épaisseur, elles se rompent de bonne heure, et les eaux s'écoulent lentement. Quelquefois elles se rompent au milieu ou à la fin de la première période, au commencement de la seconde, ou bien ce n'est qu'à la dernière extrémité, lorsque la tête est sur le point de sortir. L'ouverture est quelquefois très-large, et la tête l'élargissant passe facilement à travers. D'autres fois, l'ouverture est petite, et les membranes ne sont pas perforées par la tête; mais elles

la recouvrent comme un capuchon. Par l'examen, nous nous assurons de l'état des membranes, et cet examen peut nous aider à former notre jugement sur les progrès du travail. Lorsque l'on sent les membranes tendues et faisant saillie pendant la durée d'une douleur, l'on peut être sûr que l'action de l'utérus est forte et bonne. Lorsqu'il y a beaucoup d'eau rassemblée sous la tête, formant une poche assez grosse dans le vagin, ou lorsque pendant une douleur il y a une forte saillie des membranes, quoiqu'elle soit plate et qu'elle forme un petit segment d'un large cercle, l'on peut s'attendre que si les douleurs continuent comme elles promettent de le faire, les membranes se rompront bientôt et les douleurs deviendront plus pressantes. Si pendant chaque douleur, après la rupture, il sort une certaine quantité d'eau, il est probable que lorsque la matrice se sera débarrassée du liquide, elle se contractera plus énergiquement. Si les membranes se rompent lorsque l'orifice utérin n'est pas entièrement ouvert, mais seulement lorsqu'il est à moitié dilaté, l'on peut, s'il y a un écoulement abondant, s'attendre à une action plus forte, et à ce que l'entière dilatation de l'orifice utérin sera bientôt accomplie; mais si le liquide ne fait que tomber goutte à goutte, et que les douleurs deviennent moins fréquentes et pas plus intenses, il est à croire que le travail traînera encore quelques heures.

Dans la première période du travail, l'on trouvera la tête placée obliquement le long de la partie supérieure du bassin, ayant le sommet dirigé vers l'une des cavités cotyloïdes, généralement vers la gauche (1). A l'aide du toucher pratiqué, au commencement du travail, on sent à travers l'orifice utérin une partie de la portion supérieure de l'os pariétal, un peu au-dessus de sa protubérance. Si l'on porte le doigt en arrière, l'on sent la suture sagittale, et en la suivant dans la direction de la cavité cotyloïde gauche, l'on rencontre la fontanelle postérieure. La position est doublement oblique, le sommet est plus bas que le front, et la tête entre un peu de côté dans le détroit supérieur du bassin; un des os pariétaux, celui qui est dirigé vers le pubis, étant le plus bas, de sorte que le diamètre de la partie qui entre est moins grand que l'espace compris entre les deux protubérances, d'environ un quart de pouce. La tête continue de descendre obliquement, ayant le sommet plus bas que le front, et le menton dirigé vers la poitrine ou abaissé sur elle, ou sur la gorge de l'enfant, et ce n'est que lors de l'expulsion qu'il se redresse ou qu'il s'écarte de cette position. A mesure que la tête continue de descendre, c'est toujours l'os pariétal, près la tubérance que rencontre le doigt, et même lorsque la tête est assez abaissée pour presser sur le périnée et pour être sentie à l'entrée du vagin, c'est ordinairement cette partie de l'os qui se présente directement. A cette époque, l'oreille est derrière le pubis et presque sur la même ligne que son bord supérieur, et le front est au niveau de la ligne ileo-pectinée, à partir de derrière la cavité cotyloïde jusqu'à l'articulation sacro-iliaque. Lorsque toute la portion crânienne de la tête est entrée dans la cavité du bassin, le menton et les joues sont encore au-dessus du détroit supérieur. Le bout du nez est sur la même ligne que le détroit supérieur, ou très-peu au-dessus, et il a à peine abandonné l'articulation sacro-iliaque, on sent encore l'oreille derrière le corps du pubis, que la protubérance pariétale a un peu tourné du côté droit de manière à s'approcher davantage du bord du pubis et du trou sous-pubien, et le sommet s'est avancé davantage vers la branche gauche du pubis et de l'ischion. Si les douleurs aiguës continuent, le périnée se laisse distendre davantage, et la tête descend plus bas; mais ce n'est pas le sommet que l'on sent à l'entrée du vagin, car, jusqu'à la fin, la tête est plus ou moins en diagonale, et elle ne tourne avec le sommet en avant que dans l'acte même de l'expulsion. Alors le sommet, quelquefois, sort le premier et tourne directement en haut entre les grandes lèvres, et puis il tourne d'un seul côté. D'autres fois, le sommet ne fait pas son mouvement de rotation, mais il passe obliquement, et la face, quand elle est expulsée, est dirigée vers la cuisse droite de la mère. En tenant compte de la marche de la tête, on peut s'assurer du progrès du travail. Si l'on sent la protubérance pariétale se présenter, puis un peu en arrière la suture sagittale, et derrière la cavité cotyloïde la fontanelle postérieure, surtout du côté gauche, la présentation est naturelle. Si d'un autre côté l'on peut sentir

(1) L'on peut consulter deux traités sur le mouvement de la tête, l'un par Naegelé, in *Journ. comp.*, t. IX, un autre par Gerdy, dans les *Archives*, XXVIII, 351.

la fontanelle antérieure, le sommet est généralement dirigé vers l'articulation sacro-iliaque, et si l'on sent surtout le front, l'on peut, si l'on n'y prend garde, avoir une présentation de la face. L'oreille mérite une attention particulière, vu que sa position plus haute ou plus basse indique le degré d'avancement de la tête, et la direction de son pavillon déterminera, si l'on a quelque doute, la position du sommet.

Quand le bassin est bien conformé et que la tête est d'une grosseur convenable, l'on peut généralement la sentir dans toutes les périodes du travail; mais il y a des cas où, quoique le bassin soit ample, cependant on ne peut sentir la tête pendant quelque temps. Toutefois, ces cas sont rares, et chaque fois que nous sommes long-temps à connaître la présentation, et que nous ne découvrons pas une tumeur ronde à l'orifice de l'utérus, il est à craindre que quelque partie de l'enfant, autre que la tête, ne se présente. Même à la fin de la grossesse, et long-temps avant que le travail ne commence, l'on peut ordinairement découvrir la tête qui s'appuie sur le col distendu de la matrice. Mais différentes circonstances peuvent, pour un temps, empêcher qu'elle ne soit sentie, lorsque la tête, dans quelques cas, comme à la suite d'une chute, par exemple, est déplacée et poussée pendant un temps très-court vers un côté du bassin.

Quand la tête vient à se présenter à l'orifice du vagin, ou qu'elle dépasse une ligne tirée du bord postérieur du pubis jusqu'au sacrum, le périnée et la peau aux environs des tubérosités ischiatiques, deviennent comme gonflés sans être tendus; ceci provient d'abord du relâchement des muscles, et d'un léger prolapsus du vagin et du rectum. Chaque fois que cet état se présente, l'on peut être certain que la tête descend. Car, quoique quelques douleurs puissent distendre le périnée, cependant il peut se passer plusieurs heures avant que cela ait lieu, et les douleurs, pendant tout ce temps-là, paraissent produire très-peu d'effet, quoique le bassin soit bien conformé. Si le périnée devient tendu et si l'anus est poussé un peu en avant pendant la douleur, l'on peut croire que la délivrance est proche. Si la femme a eu déjà des enfants, elle accouche souvent quelques minutes après qu'on a senti le périnée se gonfler. — Quand le bassin est bien conformé, la tête descend généralement sans que le cuir chevelu éprouve de grands changements; mais lorsqu'il est étroit, ou que la tête repose long-temps sur le périnée, la peau du crâne est ridée ou forme une saillie sur l'os pariétal comme une tumeur remplie de sang. Le toucher nous fait connaître la présentation de l'enfant et les progrès que le travail a faits; mais pour former une opinion sur la durée probable du travail, nous devons être principalement guidés par l'état des douleurs, et en partie aussi par la connaissance des accouchements précédents, si la femme a déjà eu plusieurs enfants. Les différentes périodes du travail sont généralement marquées par une manière différente, dont la femme exprime ses souffrances. Dans la première période, les douleurs sont aiguës et la femme gémit ou s'impatiente; quelquefois, elle les supporte en silence. La seconde période est marquée par un son de voix qui indique un effort, par une espèce de gémissement prolongé; de sorte qu'au changement du cri, le praticien peut déterminer la période du travail. Quelquefois, dans cette période, la femme serre les dents ou retient sa respiration, au point que l'on a de la peine à entendre ses plaintes. Au moment d'expulser la tête, quelques femmes sont tout-à-fait silencieuses ou poussent un gémissement profond, d'autres crient très-haut. Lorsque les douleurs, dans la première période, augmentent de fréquence, d'intensité et de durée, ou quand elles sont accompagnées d'une dilatation correspondante de l'orifice utérin, et surtout lorsque la tête descend graduellement le long de la portion non dilatée de l'orifice et du col utérin, le pronostic est très-favorable. Lorsque les douleurs, après que l'orifice est considérablement dilaté, deviennent poignantes et accompagnées d'une envie d'évacuer les urines ou les matières fécales, et d'une entière dilatation de l'orifice utérin, en même temps lorsque la tête descend plus bas, et que le sommet commence à tourner un peu plus en avant, l'on peut s'attendre à une prompte délivrance. Mais si les douleurs, dans la première période, sont faibles et rares, ne se présentant qu'à de longs intervalles, ou si, quoique fréquentes, elles ne durent que quelques secondes, surtout si l'orifice utérin est en même temps élevé, dur ou épais, l'on peut conclure que le travail ne sera pas probablement rapide. Si, lorsque l'utérus est peu dilaté, il y a tendance à des efforts d'expulsion,

le travail est généralement long, et, à cette époque, tous les efforts que font les muscles abdominaux pour presser sur l'utérus sont hors de saison; car, qu'ils soient faits volontairement ou involontairement, ils ajoutent pendant cette période aux souffrances, fatiguent la femme, produisent une tendance au prolapsus utérin, de sorte que dans quelques cas l'orifice de l'utérus est poussé jusqu'à l'entrée du vagin, ce qui rend le travail long et laborieux.

Lorsque la tête est descendue assez bas pour faire saillir le périnée, les douleurs deviennent généralement plus fréquentes et plus fortes, et bientôt l'expulsion est effectuée. Mais si elles sont pressantes et qu'elles fassent avancer trop la tête à chaque fois, et si elle se retire ensuite complètement, parce que les parties sont rigides, il est probable que l'expulsion de la tête sera difficile et douloureuse; car, dans quelques cas, les parties sont long-temps à céder, et demandent des efforts répétés pour être distendus, avant que la tête ne puisse être expulsée sans danger. — Quelquefois les douleurs, après avoir commencé régulièrement et vigoureusement, s'arrêtent ou deviennent moins efficaces, et l'on ne peut prévoir ce changement; c'est une opinion populaire que si une femme n'accouche pas douze heures après que le travail a commencé, les douleurs deviendront plus fortes à la douzième heure et cette opinion est, dans beaucoup de cas, appuyée par des faits. Chez d'autres, le travail devient plus rapide six heures après qu'il a commencé. La plupart des femmes commencent à souffrir la nuit ou dès le grand matin, et la majorité accouchent entre minuit et midi.

SECTION IV. — *Des causes du travail.*

On a essayé d'expliquer de différentes manières pourquoi le travail commençait à la fin du neuvième mois de la grossesse. Le pouvoir mystérieux des nombres, l'influence des planètes, la distension des fibres utérines, la pression de l'enfant sur le col et l'orifice utérins développés, ont été énumérés successivement pour résoudre la question. Il est inutile d'entrer dans des recherches pour réfuter ces opinions (ce qui ne serait pas difficile), d'autant plus que je n'ai aucune explication satisfaisante à offrir. L'on sait que lorsque l'action de la grossesse est complétée, la matrice commence à se contracter. Si par quelque moyen l'on peut prolonger cette action, alors le travail sera différé. D'un autre côté, si cette action est arrêtée prématurément, soit par quelque particularité qui lui soit propre, et qui fait qu'elle est accomplie plus tôt que d'ordinaire, ou parce qu'elle est interrompue par des causes étrangères qui agissent sur la matrice, ou qui font périr l'enfant, alors la contraction commence bientôt. On a attribué la cause immédiate de la délivrance de l'enfant aux efforts que fait le fœtus lui-même, à la force expulsive des muscles abdominaux, ou à la contraction de l'utérus. La première cause est entièrement mise de côté, puisque l'on trouve que, toutes choses égales d'ailleurs, le fœtus mort est aussi facilement expulsé que lorsqu'il est vivant. Il est évident que les muscles seuls ne causent pas l'expulsion de l'enfant, puisqu'on observe que dans la première partie du travail ils sont parfaitement en repos, et que tout effort volontaire est suivi d'un mauvais effet. Il est prouvé que la délivrance est due en grande partie à l'action de l'utérus, puisque l'on remarque que l'utérus se contracte à mesure que la délivrance approche, et lorsque l'enfant est né, on le trouve diminué de beaucoup de volume. Mais nous avons une preuve encore plus convaincante de ceci, lorsque nous cherchons à faire la version; car alors nous sentons très-énergiquement l'action de la matrice et les efforts qu'elle fait pour expulser ce qu'elle contient. Cependant il n'est pas raisonnable de considérer l'action de la matrice elle-même, comme le seul agent dans l'accouchement; car à la seconde période, les muscles abdominaux aident à l'expulsion non-seulement en supportant l'utérus et conséquemment ce qu'il renferme, et par là en le mettant à même de se contracter davantage, mais aussi directement en poussant l'utérus, et, par conséquent, le produit de la conception, dans le fond du bassin. Il y a deux fins dans l'action utérine: la première, c'est d'ouvrir l'orifice utérin; la seconde, c'est de faire passer le fœtus à travers cette ouverture. Tandis donc que les fibres de l'utérus lui-même se contractent, celles de l'orifice utérin doivent se relâcher et se dilater, et à mesure que le fœtus s'avance à travers le bassin, les fibres utérines doivent se raccourcir. Ainsi, la cavité de la matrice diminue par degrés, de sorte que le placenta peut être expulsé très-aisément par une continuation de

même travail, et comme le diamètre des vaisseaux utérins est diminué de beaucoup, l'hémorrhagie n'a pas lieu après la séparation du placenta. Il y a donc deux actions qui surviennent pendant l'accouchement, la contraction et le relâchement, et dans un travail modéré, elles sont proportionnées l'une à l'autre. A mesure que l'orifice utérin se relâche, le reste de la matrice augmente d'activité dans ses contractions. Ce fait n'a pas été, je le crains, suffisamment étudié, et on a commis souvent la faute grave de supposer que les plus grands efforts de contraction ou d'expulsion ont lieu lorsque la résistance est la plus grande. Ceci est vrai, sans doute, si l'on considère la durée, mais non si l'on observe le degré produit en un temps donné. S'il n'y avait pas de résistance offerte, la matrice se contracterait tout d'un coup et expulserait le fœtus d'un seul effort; et cela a eu lieu dans un petit nombre de cas où le travail n'a été accompagné de presque aucunes douleurs. D'un autre côté, la résistance même la plus légère diminue dans beaucoup de cas le degré de contraction ou les efforts d'expulsion, et à mesure que cette résistance est ôtée, la contraction augmente davantage. De là, plus l'orifice utérin se relâche ou s'ouvre, plus les puissances expulsives augmentent, et c'est l'expérience seule qui peut nous convaincre comment une petite résistance peut paralyser, si je puis me servir de cette expression, la contraction des fibres, et les empêcher d'agir fortement et promptement. Par conséquent, on abrège avec plus de certitude le travail en favorisant le relâchement et en diminuant la résistance, qu'en cherchant à stimuler l'action de l'utérus. En même temps, il ne faut pas oublier qu'une résistance continuée finit par provoquer l'action utérine et par exciter de violents et de fréquents efforts qui sont souvent accompagnés d'une vive douleur. Ces efforts sont provoqués plus aisément lorsque la résistance vient du bassin ou du périnée, de l'orifice du vagin ou de la position de l'enfant, que lorsqu'elle naît de l'état de l'orifice utérin, ou même des membranes; et dans ce cas, l'action utérine est long-temps faible ou inefficace. Il est en outre nécessaire de remarquer que souvent l'on commet une faute en confondant la contraction fréquente et pénible de l'utérus avec l'action puissante et efficace de cet organe.

L'accouchement est une action musculaire, et au premier abord l'on pourrait croire qu'elle devrait être plus prompte et plus aisée chez les femmes qui ont un système musculaire développé. Mais il n'en est pas ainsi; car le travail est long ou prompt, aisé ou laborieux, suivant le rapport qu'il y a entre la puissance et l'obstacle à surmonter. Or, chez beaucoup de femmes faibles et débilitées, les parties se distendent et se dilatent très-aisément, et il faut une très-petite force pour achever l'expulsion, tandis que l'on trouve souvent que chez les femmes qui ont les fibres tendues et une grande force dans le système musculaire la dilatation de l'orifice utérin s'accomplit non sans beaucoup de douleurs, ni sans des efforts répétés. — C'est donc un principe fondamental en accouchements que le relâchement, ou la diminution de la résistance, est essentielle pour une délivrance aisée; et si l'on pouvait découvrir quelqu'agent capable d'effectuer ce relâchement rapidement et sûrement, l'on n'aurait point d'accouchements laborieux, excepté ceux qui dépendraient de l'état du bassin ou de la position de l'enfant. Cet agent est encore à découvrir. La saignée produit souvent un relâchement salutaire, mais on ne peut pas toujours trop compter sur elle, et elle n'est pas toujours sans danger.

SECTION V. — *Conduite à tenir pendant le travail.*

Les femmes, dans l'état de nature, font peu de préparations pour leurs couches, et le travail de l'accouchement se fait chez elles sans beaucoup de cérémonie. Elles se retirent dans les bois ou s'enferment dans une cabane, ou dans un berceau, jusqu'à ce qu'elles aient mis au monde leur enfant; après quoi, si les rites de la religion de leur pays ne demandent pas une séparation, elles reprennent leur ancienne manière de vivre. — En Europe, l'on voit que l'on prend plus de soin de l'accouchement, et qu'il exige une plus grande préparation. Les usages, sous ce rapport, varient suivant les différentes contrées. Dans les unes, les femmes accouchent sur une chaise d'une construction particulière; dans d'autres, elles sont assises sur les genoux d'une amie. Quelques femmes se servent d'un petit lit sur lequel elles se couchent jusqu'à la fin du travail; et d'autres accouchent sur le lit où elles dorment d'ha-

bitude. Cette dernière manière, pour plusieurs raisons, est la meilleure et la plus convenable. Mais, pour empêcher que le lit ne soit sali, ou taché par les eaux de l'amnios, ou par le sang, il est de coutume de le faire d'une manière particulière. Le matelas devra être placé le premier, et une peau ou une couverture pliée sera mise à l'endroit ou doivent reposer les cuisses de la femme. On achèvera ensuite le lit comme de coutume. Après quoi, l'on mettra à travers les plis des couvertures un drap plié, de la largeur d'environ trois pieds, à dessein d'absorber les sueurs, et afin qu'après la délivrance, sinon pendant le travail, quand on retirera entièrement la partie du drap qui est mouillée, on puisse le mettre à sa place. Généralement, c'est la garde-malade qui fait ces dispositions quand le travail commence. Lorsque les douleurs se font sentir, la malade se met généralement dans son déshabillé; mais lorsque le travail est considérablement avancé, il est nécessaire qu'elle se déshabille et qu'elle se mette au lit. Quelques femmes, à cette époque, mettent une chemise qui ne descend que jusqu'à la ceinture, afin qu'elle ne puisse être mouillée; d'autres se contentent de la relever par dessus le bassin, et dans l'un et l'autre cas, elles mettent une jupe à sa place. Mais, ces circonstances, et les autres qui ont rapport aux vêtements et à la quantité de couvertures, doivent être déterminées par la malade elle même, et par la saison où l'on se trouve.

Il est important que la chambre ne soit pas trop chauffée par le feu, ni que la malade ne soit pas tenue trop chaudement. La chaleur lui donne de l'agitation et de la fièvre, et ajoute au sentiment de la fatigue, et souvent elle prolonge le travail en rendant les douleurs irrégulières et inefficaces. Il ne doit pas y avoir dans la chambre plus de monde qu'il n'est absolument nécessaire. La garde et une amie suffisent pour tout faire, et un plus grand nombre de personnes, par leur conversation, troubleraient la malade, ou par leur imprudence pourraient diminuer la confiance qu'elle aurait dans ses propres moyens, et aussi dans son accoucheur. L'esprit, dans l'état de souffrance, s'alarme aisément; c'est pourquoi l'on doit défendre dans la chambre toute espèce de chuchottement et toute apparence de mystère. — Si la malade est disposée à dormir dans l'intervalle des douleurs, on ne doit point la troubler, mais la laisser prendre du repos. Si elle n'a pas cette envie et qu'elle ne soit pas fatiguée, il sera bon de converser gaîment avec elle sur des sujets totalement étrangers à sa position. — Les femmes ont rarement envie de manger tant qu'elles sont en travail, et s'il n'est pas long, il n'est pas nécessaire de donner de la nourriture. Si toutefois la malade désire manger, on peut lui donner un peu de thé ou de café avec du pain rôti, ou bien une petite soupe, ou un peu de panade; mais tout ce qui est lourd ou difficile à digérer devra être évité, de peur que cela ne lui cause mal au cœur et de l'agitation, ou que dans la suite il n'interrompe sa convalescence. La nourriture, même la plus légère, est sujette, dans ce moment, à devenir aigre et à causer des douleurs d'estomac.

Les stimulants et les cordiaux, tels que du gruau épicé, l'eau de cannelle, les vins, ou du lait et du vin, étaient autrefois très-employés; mais maintenant ils sont avec raison abandonnés par ceux qui suivent les lois de la nature. Donnés à de fortes doses, ils sont très-dangereux, en prédisposant à la fièvre ou à une inflammation après la délivrance; et à petites doses, ils dérangent l'estomac, et souvent au lieu d'avancer le travail ils le retardent. Si cependant la femme était faible, ou que le travail fût laborieux, alors un peu de vin, donné avec prudence, peut être d'un grand avantage. Quelques femmes désirent ne point garder le lit autant que possible, afin d'activer le travail par la marche; d'autres ont le même désir parce qu'elles se sentent plus à l'aise que quand elles sont assises. Sous ce rapport, elles peuvent se contenter; mais elles doivent, autant que possible, être hors du lit pourvu qu'elles ne se sentent point fatiguées. — L'urine devra être régulièrement et fréquemment évacuée, et pour cette raison, l'accoucheur devra de temps en temps sortir de la chambre. Si la malade est constipée, ou que le rectum contienne des matières fécales, il faudra toujours prescrire de bonne heure un lavement, pour faciliter le travail. D'un autre côté, si les intestins sont très-relâchés, on pourra donner avec avantage quelques gouttes de teinture opiacée. Dans la première période du travail, il est peu important que la malade se place dans une position plutôt que dans une autre; mais dans la seconde période, lorsque la délivrance

approche, il est convenable qu'elle soit placée sur le côté, et sur celui de gauche, afin que l'accoucheur puisse se servir de sa main droite. Si le sommet est dirigé vers le côté droit, il est souvent utile de mettre la malade sur le côté droit, à moins que les douleurs ne soient efficaces et que le travail ne soit avancé. Dans ce cas-là, peu importe sur quel côté elle se couche; les genoux seront un peu soulevés, et généralement vers la fin ils seront maintenus séparés au moyen d'un petit oreiller que l'on placera entre eux. Beaucoup de femmes désirent que l'on soutienne leurs pieds, ou qu'on les presse l'un contre l'autre, et il est de coutume de lui présenter une serviette qu'elle puisse saisir avec la main. Cette serviette sera tenue par la garde-malade, ou attachée au pied du lit. Il faut, toutefois, prendre garde que ces moyens n'encouragent la femme à faire des efforts d'expulsion prématurés ou trop forts qui l'épuiseraient. — Quand la malade est dans son lit, il est convenable de tenir appliqué contre les parties externes un doux linge chaud qui absorbe les mucosités ou le liquide qui peuvent s'écouler, et on l'ôtera dès qu'il sera mouillé. — Les praticiens bien instruits abandonnent maintenant, et avec raison, tout essai pour dilater l'orifice utérin ou le vagin, ainsi que l'application de substances onctueuses pour lubréfier les parties.

On doit généralement laisser les membranes se rompre d'elles-mêmes par les efforts de l'utérus, car telle est la marche régulière de la nature; et une évacuation prématurée des eaux trouble la marche du travail ou le retarde, ou si elle l'accélère elle le rend plus douloureux. Cependant je ne puis aller aussi loin que quelques auteurs qui prétendent que l'évacuation artificielle des eaux est toujours nuisible; car il y a des circonstances où elle est permise et même utile. Elle est permise quand l'orifice utérin est entièrement développé et que les membranes font saillie même hors du vagin. Dans ce cas-là, elles auraient cédé après quelques douleurs de plus; mais en les rompant l'on prend des précautions pour empêcher la malade d'être mouillée et pour la mettre plus à l'aise qu'elle n'aurait été. Même lorsque les membranes ne font pas une saillie considérable, si l'orifice utérin est complètement dilaté, il ne résulte aucun mal de les rompre; car dans la marche naturelle du travail elles auraient dû céder à cette époque. Mais quoique la pratique ne soit pas pernicieuse, cependant il ne s'ensuit pas qu'elle soit toujours avantageuse. Et c'est une règle utile à suivre que moins nous intervenons, sous ce rapport, dans l'accouchement naturel, plus nous agissons avec prudence. On devra pratiquer rarement le toucher dans la première période du travail; mais dans la seconde nous devons examiner plus souvent, et lorsque les douleurs deviennent plus fortes, et que la tête s'avance, nous ne devons pas quitter le côté du lit; à cette époque nous devons nous préparer à recevoir l'enfant. Une paire de ciseaux avec quelques bandes étroites et courtes devront être posées sur le lit ou sur une chaise; on aura sous sa main un drap chaud ou une couchette pour envelopper l'enfant. Comme à cette époque les matières fécales passent involontairement, on étendra sous le périnée un linge fin, sur lequel, lorsque la seconde période tirera à sa fin, on placera la main pour empêcher la sortie trop rapide de la tête et la rupture consécutive du périnée. C'est un point d'une grande importance et qui demande à être examiné avec soin par le praticien. Il y a plusieurs objections à cette pratique; car l'on devrait penser *a priori* que comme l'enfantement est un travail naturel, il ne doit être défectueux en aucune partie, ni requérir les règles de l'art. Ensuite cette doctrine serait confirmée, parce que dans l'état sauvage on remarque rarement une déchirure du périnée, et que, chez toutes les femmes qui accouchent promptement par elles-mêmes, la cloison recto-vaginale est rarement lésée. Mais d'un autre côté, le fait est certain au-delà de toute discussion, que le périnée est quelquefois déchiré, malgré ces preuves présomptives, que l'accident ne doit point arriver. Puisque ceci est constaté, il est de notre devoir, quelque rare que soit le cas, d'en déterminer les causes et d'en prévenir toujours les effets, car l'on ne peut dire avec exactitude quelle est la malheureuse femme à qui cet accident doit arriver. L'on peut soutenir que le périnée est déchiré par suite de distension. Mais dans tout accouchement il faut que le périnée soit distendu, et dans quelques-uns il l'est extrêmement. La chance de la déchirure diminue en proportion de la facilité de la distension et de l'aisance avec laquelle l'orifice du vagin se dilate. C'est donc une règle pratique de s'oppo-

ser avec la main placée sur le périnée à la sortie de la tête, jusqu'à ce que les parties soient suffisamment relâchées; et cette pression devra être exercée sur toute la tumeur, mais surtout à la fourchette. Car quoique le périnée ait été quelquefois perforé par la tête, qui ne pouvait passer par l'orifice du vagin, cependant la déchirure commence d'ordinaire à la fourchette et se dirige en arrière à un degré plus ou moins grand, jusqu'à ce que le relâchement soit tel qu'il permette à la tête de passer sûrement avec la pression qui est exercée; nous devons soutenir vigoureusement le périnée, surtout à la partie où l'effet est le plus grand : c'est ordinairement à la fourchette. Mais cela peut exister aussi entre le vagin et l'anus; ou bien la surface du rectum peut s'étendre sur la tête à cause de l'expulsion de l'anus. Dans ce cas-là, en même temps que l'on fait attention à la fourchette, il ne faut pas négliger toute la tumeur, autrement on pourrait avoir une perforation du périnée. A cette période la direction de la pression ou du support n'est pas seulement en haut mais un peu en avant. Dans tous les cas souvent la fourchette, ou une petite portion de la surface postérieure du vagin, est déchirée, quoique les téguments du périnée restent en entier. En supportant fortement le périnée, et en même temps en recommandant à la malade de modérer ses efforts pendant la douleur, et de retarder ainsi la sortie de la tête jusqu'à ce que nous sentions la vulve se relâcher ainsi que le périnée, l'on peut généralement prévenir une déchirure. Et par conséquent cet accident arrivera rarement, pour ne pas dire jamais, entre les mains d'un praticien prudent. Cependant il est possible que le périnée se déchire malgré le plus grand soin. Une petite partie en est souvent déchirée malgré toute notre précaution, et quoique à ce faible degré la déchirure soit peu importante, cependant nous voyons que l'art ne peut prévenir complètement cet accident. Quelquefois l'agitation de la malade empêche de prendre les précautions nécessaires (1). Et il peut arriver que la constitution soit tellement irritable que le périnée se déchire inopinément au moment où l'on croit qu'il est dans un état favorable. Comme il y a un point où la résistance doit s'arrêter, autrement le travail se prolongerait sans nécessité, et peut-être même l'utérus serait lésé, il est possible que l'on apporte une résistance généralement suffisante pour prévenir l'accident, mais qui ne peut dans certains cas particuliers, à cause de l'état irritable du périnée, remplir entièrement le but, ou bien les puissances de la matrice peuvent être assez fortes pour expulser la tête malgré toute notre résistance, et dans quelques-uns de ces cas il est possible que le périnée se déchire.

Il ne suffit pas que l'accoucheur supporte le périnée jusqu'à ce que la tête soit sur le point d'être expulsée; il doit continuer de le faire pendant son passage, parce qu'alors le front exerce une grande pression sur le périnée; même la face, ou le menton peut le léser en passant sur lui. L'accoucheur doit donc non-seulement supporter fortement le périnée de toute la main, mais la placer de manière que le pouce et le doigt indicateur forment à leur jonction une arcade qui embrasse le bord du périnée et des grandes lèvres distendues, et qui soutienne la tête à mesure qu'elle sort. Au moment du passage de la tête le périnée devra être en quelque sorte dirigé, en même temps qu'on le soutiendra, en arrière sur la tête et la face, afin qu'il ne se déchire point. — A cet effet, nous appuyons particulièrement sur le bord mince du périnée ou sur la partie postérieure du vagin, à mesure que ces parties glissent en arrière, et quelquefois même nous saisissons avec le doigt et le pouce le périnée distendu, afin de le soutenir mieux (1). Après que la tête est

(1) Le docteur Denman, avec une franchise qui lui fait honneur, reconnaît que par cette cause l'accident lui est arrivé dans sa propre pratique.

(1) Cet avis, que je regarde comme très-important, a été combattu par le docteur Hamilton. Avec toute la déférence que je dois à l'opinion de mon honorable ami, je dirai que lorsque les parties sont préparées à l'évolution de la tête, elle ne peut avoir lieu, comme je l'ai déjà expliqué, que parce le périnée glisse en arrière. La continuation de la pression en avant ne peut, si elle est efficace, que troubler les modifications que le périnée subit naturellement, et le mettre en danger d'être déchiré ou perforé. La seule question se réduit à savoir s'il est plus sûr de le laisser glisser seul en arrière, ou de le favoriser dans cette action?

sortie, il est nécessaire de placer la main sous le menton, et sur le périnée, car le bras de l'enfant le comprimera ensuite et pourra le déchirer soit par la pression, soit en sortant brusquement. De plus, pour prévenir toute lésion, et éviter les douleurs, le corps de l'enfant devra passer dans une direction correspondant au détroit inférieur du bassin, c'est-à-dire en se portant un peu en avant. Mais il n'est pas nécessaire que l'enfant soit porté en avant entre les cuisses, car, dans le travail naturel, le dos de l'enfant sort dirigé vers les cuisses; il peut aisément se courber, et il le sera naturellement dans l'accouchement, de manière à prendre la direction convenable, pourvu que les cuisses ne soient point trop rapprochées l'une de l'autre. Le dernier avis à donner pour cette période du travail, c'est que comme nous devons plutôt retarder qu'encourager l'expulsion de la tête, de même nous ne devons pas accélérer la sortie du corps. Les femmes dans un état de souffrance demandent du soulagement, et s'attendent que la sage-femme les assistera dans la délivrance de l'enfant; mais aucune prière ne doit nous faire hâter l'expulsion de la tête, et après qu'elle est sortie il y a peu de raison pour accélérer le travail. Quelquefois, après quelques secondes, l'enfant est expulsé; mais il peut y avoir une cessation dans les douleurs pendant une minute ou deux. Dans le premier cas nous prenons garde que le corps ne soit point chassé rapidement et d'un seul bond; dans le second nous faisons attention à la tête, en examinant si les membranes ne couvrent pas la bouche, si l'enfant peut respirer dans le cas où la circulation serait obstrué dans le cordon ombilical. Il n'y a pas de danger à attendre, tandis qu'en tirant témérairement l'enfant en dehors, l'on peut produire un flux de sang ou d'autres accidents dangereux. S'il y avait cependant un grand intervalle entre l'expulsion de la tête et le retour des douleurs, l'on pourrait exercer de douces frictions sur le ventre de la mère, ou tirer légèrement l'enfant de manière à exciter l'utérus à se contracter: ou, bien si la femme éprouvait plusieurs douleurs sans expulser le corps de l'enfant, l'on pourrait introduire doucement le doigt et abaisser l'épaule. Mais cette opération est rarement requise, et nous ne devons jamais chercher à délivrer en tirant sur la tête. Quelquefois le retard est occasionné parce que le cordon s'entortille autour du cou; dans ce cas, tout ce que nous avons à faire c'est de le dégager par dessus la tête.

Lorsque l'enfant est né, on appliquera une ligature sur le cordon, très-près de l'ombilic, et une autre à deux pouces plus haut du côté du placenta. On coupera le cordon entre ces deux ligatures, et on mettra de côté l'enfant. On placera ensuite la main sur le ventre de la mère pour s'assurer s'il n'y a pas un second enfant, et on pourra pour le même dessein glisser légèrement le doigt le long du cordon jusqu'à l'orifice utérin. La main d'un aide sera appliquée sur l'abdomen, et comprimera légèrement la matrice pour l'exciter à agir et l'empêcher de s'engourdir. Si le placenta n'est pas expulsé bientôt après, l'on pourra frictionner avec la main la région utérine pour provoquer les contractions de la matrice. Immédiatement après l'expulsion de l'enfant il y a souvent une copieuse évacuation de liquide, que la malade prend quelquefois pour un écoulement sanguin. Mais jamais l'hémorrhagie n'a lieu aussi instantanément et en aussi grande quantité. Il se passe généralement une minute ou deux, quelquefois plus de temps, avant que la perte n'arrive. Nous devons nous tenir en garde contre cet accident. — La femme après la sortie de l'enfant se sent tout-à-fait à son aise, et exprime dans les termes les plus forts la transition de la souffrance au repos. Mais quelque temps après, généralement au bout d'une demi-heure (M. le docteur Clark suppose que vingt-cinq minutes est le terme moyen), la femme ressent une ou deux légères douleurs et le placenta est expulsé, ce qui complète la dernière période de l'accouchement. Et quand le travail se fait regulièrement, rien n'est à faire à cette époque que d'exercer une vigilance dans la crainte d'une hémorrhagie. La contraction forte et universelle de l'utérus après l'expulsion de l'enfant doit, en diminuant l'étendue de sa surface, détacher le placenta; tandis que les membranes, étant plus minces et plus souples, peuvent se rider et continuer d'adhérer, ce qu'elles font quelquefois jusqu'à ce qu'elles soient entraînées avec le placenta. L'hémorrhagie même lorsque le placenta est détaché est arrêtée par la contraction des fibres utérines sur les vaisseaux, et par l'adhérence des membranes à l'utérus, qui, pour quelque temps du moins, empêcheront le sang de couler, à moins qu'il n'y

ait une extravasation considérable. Mais à ces causes il faut encore ajouter l'état des vaisseaux utérins eux-mêmes, qui, immédiatement après la délivrance, éprouvent dans l'état naturel une altération dans leur circulation par le changement d'action dans les nerfs de l'utérus lui-même.

Mais il arrive quelquefois que le placenta ne sort pas aussitôt et aussi promptement que nous l'espérions, il peut être gardé plusieurs heures et même pendant plusieurs jours. Cette rétention peut être causée par une adhérence anormale du placenta, ou parce que l'utérus, en se contractant spasmodiquement autour du placenta, forme une espèce de kyste qui l'enferme, ou bien l'utérus peut ne pas se contracter sur le placenta assez fortement pour l'expulser. Quelques praticiens se fiant aux pouvoirs de la nature, ont émis comme règle de conduite, qu'à moins qu'il ne survienne un flux de sang, on ne devait pas extraire le placenta. D'autres, avec une ardeur égale, ont conseillé de le tirer immédiatement après la naissance de l'enfant. La pratique la plus sûre semble être entre ces deux extrêmes; abandonner l'expulsion du placenta entièrement à la nature, c'est une méthode accompagnée de grands dangers; car, tant que le placenta est conservé, l'on peut être sûr que l'utérus ne s'est pas contracté fortement et d'une manière régulière. Si donc dans ces circonstances le placenta était partiellement ou complètement détaché, l'hémorrhagie arriverait probablement. S'il adhère encore à l'utérus, la chance d'une hémorrhagie est certainement diminuée; car il n'y aura de béants que les vaisseaux qui se rendaient à la membrane caduque; mais l'on ne peut être sûr que cette adhérence restera entière pendant un temps donné. Tant donc que le placenta sera gardé, la malade ne sera pas à l'abri d'une hémorrhagie. Dans beaucoup de cas la mort est arrivée avant que le placenta ait été expulsé; ou si, long-temps après, le placenta est sorti, son expulsion a été quelquefois suivie d'une hémorrhagie mortelle (1). Mais cet accident, quoique terrible, n'est pas le seul qui provienne de la rétention de la totalité ou d'une partie du placenta; car cette cause produit souvent une grande faiblesse, des envies de vomir permanentes et de la fièvre, qui peuvent à la fin enlever la malade. C'est donc avec raison que les femmes sont si tourmentées par rapport à l'expulsion du placenta. Et ce préjugé peut avoir un bon effet en agissant contre les théories de spéculateurs qui supposent que, dans tous les cas, la nature suffit pour accomplir ses desseins.

D'un autre côté, l'expérience doit convaincre tout le monde qu'il n'est pas nécessaire d'extraire le placenta immédiatement après la naissance de l'enfant, car il est ordinairement expulsé avec la plus grande sûreté dans les quarante minutes qui suivent la sortie de l'enfant. Bien plus l'on trouve que l'extraction précipitée du placenta est directement nuisible, vu qu'elle est douloureuse et suivie quelquefois d'une hémorrhagie utérine; ou, si l'opération est faite témérairement, elle est accompagnée d'une inversion ou d'une inflammation de la matrice. On peut, je crois, renfermer la pratique dans ces deux règles : la première, c'est que nous ne devons jamais quitter la chambre de la malade avant que le placenta ne soit expulsé; et la seconde, c'est que s'il n'est pas expulsé une heure après la sortie de l'enfant, nous devons l'extraire avec précaution. Après avoir établi ce point, ce qu'il reste à examiner, c'est comment on pourrait empêcher la rétention, et, si on ne le peut, comment il faudrait extraire le placenta. Quant à la première question, l'on peut répondre que le placenta sera moins sujet à être gardé, si l'expulsion de l'enfant s'est faite lentement et si l'utérus s'est bien contracté ensuite. On peut quelquefois provoquer cette action, s'il n'est pas probable qu'elle ait lieu de suite, en pressant sur la région utérine, et en promenant les téguments abdominaux sur l'utérus, ou en le pinçant doucement à travers les parois relâchées. Quant au mode d'extraction du placenta, il ne peut nous embarrasser, si nous nous rappelons que l'expulsion se fait par la contraction de l'utérus; notre objet est donc de la provoquer lorsque le placenta est gardé,

(1) M. White, dans son *Traité sur le traitement des femmes enceintes et en couches*, rapporte, p. 507, plusieurs cas où la pratique d'abandonner l'expulsion du placenta à la nature seule a causé une hémorrhagie mortelle; et dans un exemple, cet accident arriva quoique le placenta fût à la fin expulsé.

parce que la matrice n'agit pas assez fortement. On glissera lentement et avec précaution la main dans l'intérieur de l'utérus, ce qui suffit souvent pour le faire contracter. Mais, si cela n'a pas lieu, on remuera un peu la main, et l'on pressera doucement sur le placenta, en même temps que l'on tirera légèrement à soi le cordon ombilical, ou bien l'on saisira avec la main une portion détachée du placenta, et on en fera l'extraction lentement et avec précaution. Cette opération ne demande aucun effort, car l'utérus pousse en bas le placenta ; et, si l'on emploie quelque force, on risque de faire du mal. Les efforts que l'on fait pour amener le placenta au dehors, en tirant fortement sur le cordon, que la main soit introduite ou non dans l'utérus, ne conviennent nullement, et si on persiste, ils peuvent se terminer, soit par la rupture du cordon ou par l'inversion de la matrice. — Il y a cependant deux circonstances où le placenta peut être retenu, et qui demandent quelques modifications dans la pratique.

La première, c'est lorsque le placenta est retenu par un spasme de l'utérus. Dans ce cas, lorsque l'on dirige la main le long du cordon, à travers l'orifice utérin, on ne sent pas le placenta, mais l'on arrive, au bout du cordon, à une fente comme un second orifice utérin qui serait contracté, au-delà de laquelle le placenta se trouve logé. Cette constriction, qui a lieu ordinairement dans la portion supérieure du col ou dans la partie inférieure du corps, doit être vaincue avant que le placenta puisse être retiré; on en vient à bout en essayant d'introduire par degré un doigt, puis deux, et à la fin tous les doigts, à travers la fente, et cette opération est exempte de danger si elle est faite avec précaution. Il est bon toutefois d'observer que l'utérus, à de courts intervalles, se contracte, ce qui est accompagné de douleurs ; mais cette contraction est limitée à la structure seule, et la cavité de la matrice n'en est nullement diminuée. Cependant, dans cet état, tout effort pour dilater est nuisible. L'on doit se contenter de maintenir les doigts à leur place pour conserver le terrain que l'on a gagné ; il est aussi avantageux de presser à l'extérieur sur le fond pour empêcher l'utérus d'être soulevé ou distendu par l'effort que l'on fait pour introduire les doigts dans les dernières divisions. Il n'est pas nécessaire de passer toute la main de manière à saisir ou à circonscrire le placenta : on peut le tenir avec deux doigts ou avec quatre, et l'extraire en tirant avec précaution sur le cordon s'il n'est pas friable, pour aider la descente du placenta. Si quelque portion est adhérente, on pourra la détacher avec précaution au moyen du doigt. Il faut autant que possible amener les membranes en même temps que le placenta, car, si elles sont déchirées, et qu'une partie reste attachée à l'utérus, elles peuvent causer dans la suite des douleurs, un écoulement fétide ou de la fièvre. On a proposé les opiacés pour faire cesser ce spasme et prévenir l'introduction de la main. Ils réussissent rarement seuls ; donnés à haute dose, ils peuvent faciliter l'intervention manuelle; mais, s'il y a une hémorrhagie, il est évident que l'on ne peut attendre jusqu'à ce qu'ils aient fait leur effet. Quelquefois l'application brusque sur le ventre d'un linge imbibé d'eau froide a le pouvoir de détruire le spasme en excitant peut-être rapidement une contraction plus universelle de la matrice. La rétention du placenta à la suite d'un spasme est rarement un accident simple ; mais dans la majorité des cas, elle est accompagnée d'une hémorrhagie, et nous en parlerons de nouveau dans un autre chapitre. Ici, je dois ajouter que même avec une perte légère, il y a un grand sentiment de prostration, et souvent des maux de cœur, symptômes qui accompagnent ce spasme presque invariablement, et que l'on ne peut combattre qu'en introduisant la main, de manière à dilater la fente en même temps que nous provoquons dans la matrice une contraction plus générale et plus uniforme. Les opiacés conviennent aussi, et si les symptômes sont pressants, il faut donner du vin ; car quelques malades peuvent mourir, si cet état continue long-temps, quoique l'hémorrhagie ait été légère.

La seconde circonstance que j'ai mentionnée, c'est l'adhérence du placenta, qui n'est ordinairement que partielle. Elle peut arriver avec ou sans altération de structure ; mais en général la structure est plus ou moins modifiée, étant plus dense au point d'adhérence, et quelquefois presque cartilagineuse. On ne doit pas tenter trop promptement de séparer la portion adhérente, ni même glisser les doigts entre elle et la surface utérine ; il vaut mieux presser sur la surface du placenta, de manière à exciter par là les fibres utérines à se contracter plus

fortement au lieu de l'adhérence, et on peut la séparer en frictionnant doucement ou en pinçant en quelque sorte le placenta entre les doigts et le pouce. Si toutefois l'adhérence d'une partie du placenta était très-intime, il ne faudrait pas, pour la détruire, gratter et irriter la surface de l'utérus, mais il faudrait plutôt retirer tout ce qui n'adhère pas intimement, et abandonner la séparation de ce qui reste à la nature (1). Mais, en prenant ce parti, nous ne devons pas agir avec promptitude, ni chercher à amener au dehors la portion non-adhérente, que lorsqu'un temps considérable se sera écoulé, et que l'on aura fait des efforts prudents pour extraire le placenta en entier. Après avoir constaté par là qu'il existe une adhérence intime et invincible, les cas où cette conduite est à tenir sont très-rares ; et, quand ils se présentent, il y a ordinairement une induration de la partie adhérente. Elle est généralement expulsée dans un état de putréfaction au bout de quarante-huit heures. Quelquefois le placenta adhère, lorsqu'il est extrêmement tendre et mou, et alors il faut avec un soin particulier éviter tout effort précipité, qui nous ferait déchirer le placenta et laisser en arrière une partie qui serait dans la suite pernicieuse ; tandis qu'avec un peu plus de patience et en pressant doucement sur la surface du placenta, l'utérus aurait pu être excité à se contracter et à en expulser toute la totalité. — Dans tous les cas, il faut apporter la plus grande précaution et la plus grande douceur à ôter ou à extraire le placenta de peur de causer une lésion ou une inflammation de la matrice à un degré plus ou moins grand (2).

(1) Le docteur Smellie rapporte deux cas de ce genre. Dans le premier, il retira la portion indurée ; mais la femme mourut d'hémorrhagie. Dans le second, il laissa la portion adhérente, et la femme se rétablit. (Col. 23, c. 1 et 2. Voir aussi Gifford's *Cases*, c. 119 et 127 ; et La Motte, c. 358 et 362). Dans ces cas, quoique l'adhérence fût très-intime, il retira le placenta par morceaux.

(2) Le docteur Collins pense qu'il est utile, dans tous les cas où la malade souffre beaucoup de l'extraction, de donner à petites doses du calomel et de l'ipécacuanha ; et, si le ventre est sensible, de mettre la malade pendant une heure dans un bain chaud. Ces deux avis, surtout le dernier, doivent être suivis avec précaution. D'après ses tables, il paraît que, sur soixante cas de rétention du placenta, trente-huit arrivèrent dans une première grossesse, et le plus grand nombre, lorsque la malade n'avait été que de deux à quatre heures en travail. Mais cela n'est pas la règle générale.

CHAPITRE III.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Quand une femme accouche dans le septième ou dans le huitième mois de sa grossesse, on dit qu'elle a eu un accouchement prématuré. Il tient le milieu entre l'avortement ou l'accouchement naturel. — Dans quelques cas, la matrice est entièrement développée avant le terme ordinaire de la gestation, et alors la contraction commence ; mais dans la grande majorité des cas, l'accouchement prématuré, provient de causes accidentelles qui provoquent l'action expulsive de la matrice avant que le col et l'orifice utérins aient subi leurs changements réguliers. Le col doit donc se relâcher et se distendre avant que l'orifice utérin soit convenablement dilaté. Il n'est pas rare de trouver dès les premières douleurs, et même avant qu'elles ne se fassent sentir, l'orifice utérin assez dilaté pour admettre les doigts ; mais il n'est pas distendu, les lèvres sont encore pendantes, épaisses et protubérantes. Cette période préparatoire est généralement marquée par des douleurs irrégulières, et souvent par un état de fièvre, précédé de frissons, d'un sentiment de pesanteur autour du ventre avec différentes sensations anormales, qui accompagnent souvent cette période du travail prématuré. Quand le col est distendu, alors l'orifice utérin commence à se dilater, ses lèvres s'effacent par degrés, et cette partie du travail est souvent plus laborieuse que la même période du travail naturel, et ordinairement elle est douloureuse ; elle s'accompagne aussi fréquemment d'un sentiment de prostration. La seconde période est ordinairement courte, à cause de la petitesse de l'enfant. Comme la membrane caduque est plus épaisse qu'à neuf mois, la saillie des membranes est souvent accompagnée d'un plus grand écoulement sanguin, et si la femme se remue beaucoup ou fait quelque effort, il peut survenir une hémorrhagie considérable. La troisième période est aussi très-longue, car

le placenta n'est pas expulsé aussitôt. En dernier lieu, la contraction spasmodique de l'utérus a lieu plutôt à toutes les périodes de l'accouchement prématuré que dans celui qui est naturel. Une foule de causes peuvent provoquer prématurément l'action de la matrice : tels sont la distension, occasionnée par une trop grande quantité de liquide amniotique ; la mort de l'enfant, indiquée par les frissons, l'affaissement des seins, et par la cessation du mouvement de l'enfant et des symptômes de la grossesse ; l'évacuation artificielle des eaux de l'amnios; des efforts musculaires violents ; l'abus de médicaments qui agissent fortement sur l'estomac et sur les intestins, ou les passions de l'âme ; les maladies aignës, les affections des fibres utérines, qui dépendent souvent de l'état des nerfs qui se distribuent à la matrice, lequel état peut être produit directement ou sympathiquement. Certaines conditions générales de l'économie favorisent l'action de ces causes, telles que la pléthore, la débilité, mais surtout l'irritabilité ou la sensibilité. Les coliques, dans quelques cas, et la diarrhée, dans d'autres, paraissent en être une cause ; et, dans ces cas-là, les lavements anodins sont efficaces. Le travail prématuré est précédé souvent d'un frisson intense, pendant la durée duquel, ou immédiatement avant, l'enfant meurt, et quelque temps après les douleurs surviennent. Il est bon de remarquer qu'il y a une plus grande proportion d'accouchements contre nature avant neuf mois qu'à ce terme. — On préviendra la tendance aux accouchements prématurés, par les moyens que nous avons exposés en traitant de l'avortement. Je n'ai qu'à ajouter que lorsque le ventre est tendu, dur ou douloureux, ce qui indique une sensibilité dans les fibres de l'utérus, ou des muscles abdominaux, les fomentations tièdes, les doux laxatifs, de petites saignées répétées, et les lavements anodins, sont utiles.

Quand une femme est menacée d'un accouchement prématuré, il faut, à moins qu'il n'y ait des marques certaines de la mort de l'enfant, chercher à arrêter les progrès, ce que l'on fait en prescrivant un opiacé, en maintenant la malade dans un état de fraîcheur et de repos, et en ôtant toute espèce d'irritation qui pourrait exister. Si la malade est pléthorique, ou si le pouls est vibrant, il faut tirer du sang. — Quand le travail est établi, il faut le conduire de la même manière que dans l'accouchement à neuf mois, en faisant attention aux observations suivantes. La malade devra éviter tout mouvement, de peur de provoquer une hémorrhagie. Les touchers fréquents ou toute espèce d'irritation nuisent, en ce qu'ils retardent la marche du travail, et qu'ils tendent à causer des contractions spasmodiques. Si ces contractions, marquées par des paroxysmes de douleurs que la malade rapporte au ventre ou au pubis, accompagnées souvent d'un sentiment de prostration, s'établissent, tandis qu'il ne se produit aucun effet sur l'orifice utérin, on devra donner une forte dose de teinture opiacée, après l'administration d'un lavement. Des douleurs intenses, avec des efforts prématurés d'expulsion et une rigidité de l'orifice utérin, réclament la saignée à un degré modéré, et suivie d'un opiacé : la délivrance de l'enfant devra être retardée plutôt que hâtée dans la dernière période, afin que l'utérus puisse se contracter sur le placenta. On favorise cette contraction en frictionnant et en comprimant doucement la région utérine après l'expulsion de l'enfant. Si le placenta est gardé longtemps, ou s'il survient une hémorrhagie, on introduira doucement la main dans l'utérus, et l'on pressera sur le placenta pour exciter les fibres utérines à l'expulser, tandis que l'on stimulera aussi la matrice à agir, en la frictionnant à l'extérieur. Nous ne devons pas chercher témérairement à arracher le placenta, car nous pourrions le déchirer, et nous ne devons non plus tirer sur le cordon, vu qu'il se rompt aisément. Dans les cas où l'accouchement prématuré est lié à une abondance des eaux de l'amnios, je crois qu'il est bon d'introduire la main immédiatement après la délivrance de l'enfant, car j'ai observé que le placenta est sujet à être gardé par des contractions irrégulières. Nous n'extrayons pas de suite le placenta, mais il est à désirer que la main reste en contact avec lui, jusqu'à ce que les fibres circulaires se contractent. On devra faire une grande attention à la malade pendant quelques jours après la délivrance, vu qu'elle est exposée à une affection fébrile qui peut être, du genre inflammatoire, ou de la nature des fièvres quotidiennes dont nous parlerons dans la suite. En même temps qu'il ne faut pas confondre les effets de l'accouchement prématuré avec ceux des causes qui lui donnent naissance, et surtout avec l'état maladif préalable du système ner-

veux, ou de quelques-uns des viscères, on ne doit pas non plus les oublier ni les négliger.

L'accouchement prématuré est quelquefois provoqué avec intention, à cause de la difformité du bassin, ou plus rarement pour débarrasser la femme de quelques-unes des maladies de la grossesse, lorsqu'elles atteignent un degré alarmant.

CHAPITRE IV.

DE L'ACCOUCHEMENT CONTRE NATURE.

On a énuméré différents signes que l'on supposait indiquer une mauvaise position de l'enfant, savoir : une forme extraordinaire de l'abdomen; quelques sensations particulières que la mère éprouve et qu'elle n'a point ressentie, dans aucune des grossesses précédentes, une plus grande douleur ou un plus grand engourdissement dans une jambe que dans l'autre, une sensation, comme si l'enfant s'élevait tout-à-coup vers l'estomac : tous ces signes ont été mentionnés comme indiquant cet accouchement; mais tous pris même collectivement sont incertains. Nous ne pouvons déterminer positivement la position que lorsque le travail est commencé, et ces accouchements sont plus souvent prématurés que lorsque l'enfant se présente naturellement. Dans la grande majorité des cas, à la fin de la grossesse, on peut sentir la tête qui s'appuie sur le col utérin. Mais plusieurs fois je n'ai pu la distinguer dans une grossesse qui se terminait par un accouchement naturel. Quelquefois, à la suite d'une chute ou d'autres causes, la tête paraît se retirer, puis elle revient ensuite à sa position normale. Quand le travail commence, l'on peut généralement distinguer la tête à ses caractères particuliers; mais si elle est située très-haut, et surtout si le bassin est mal conformé, il n'est pas toujours aisé de constater la position dès la première période. Dans ces cas-là, il est très-important de conserver les membranes entières. Quand la tête ne se présente point, la présentation est généralement plus élevée, et l'on est plus longtemps à la reconnaître distinctement (1). La partie inférieure de l'utérus est plus conique, et l'on ne peut sentir la tumeur formée par le crâne à travers les membranes, ni à travers le col utérin. Quand le doigt touche la partie à travers les membranes, elle cède très-facilement et paraît s'élever. Si l'enfant est situé à travers la matrice, l'orifice est généralement long-temps à se dilater entièrement, les membranes font saillie comme une anse intestinale, et quelquefois pendant les douleurs la femme se plaint d'une forte pression sur les flancs. Les douleurs sont intenses; mais dans les présentations de travers, la femme sent bien qu'elles n'avancent pas le travail. — C'est un fait bien établi que, quoiqu'on ait senti distinctement la tête au commencement du travail, cependant, lorsque les membranes viennent à se rompre, elle peut être remplacée par l'épaule (1) ou par quelque autre partie. Pour ce motif aussi bien que pour d'autres raisons, il convient toujours d'examiner la femme immédiatement après la rupture des membranes. — Le docteur Collins a calculé que la présentation est contre nature une fois sur quarante; la plus fréquente est celle des fesses.

SECTION Ire. — *Présentation des fesses.*

On distingue les fesses par la chair que l'on sent au toucher, par les tubérosités ischiatiques, par la forme de l'iléon, par le sillon qui se trouve entre les cuisses, par les parties de la génération et par l'écoulement du méconium qui a lieu souvent dans le cours du travail (2),

---

(1) Quand la présentation est longtemps à se faire connaître, l'on a conseillé d'examiner la femme à genoux, ou même d'introduire la main dans le vagin ou de rompre les membranes. Ce dernier avis est quelquefois utile, vu qu'il nous met à même, si la présentation le requiert, de faire la version à un moment où elle peut être aisément pratiquée; mais il ne faut pas la faire trop précipitamment et ne s'y décider que lorsque l'orifice utérin est bien dilaté, ou du moins tout-à-fait dilaté.

(1) J'ai vu un cas où l'épaule fut remplacée par la tête, et Joerg semble avoir rencontré la même chose. (*Hist. partus*, p. 99.)

(2) Un écoulement des eaux de l'amnios, teintes en apparence de la couleur du méconium, n'est point une preuve de la présentation des fesses, encore moins est-ce un signe que l'enfant soit mort.

ou bien on trouve du méconium sur le doigt après le toucher. Quelquefois le scrotum est poussé en bas et allongé sous forme d'une poche résistante et élastique. Après que les fesses sont descendues un peu dans le bassin, les téguments peuvent devenir tendus et gonflés au point de ressembler à la tête ou à la face. Si les fesses se présentent plus obliquement que de coutume, les côtes approchent davantage de l'ilium, et il est quelquefois difficile, à moins d'introduire la main, de dire si c'est l'épaule ou l'ischion qui se présente. Avant la rupture des membranes, la présentation est ordinairement mobile, et fuit promptement le doigt, de sorte qu'il n'est pas toujours aisé à cette période de déterminer la nature de la présentation. Cependant, dans quelques-uns, dès le commencement, la tête appuie fortement contre le bassin, et à travers l'utérus l'on sent quelque chose qui lui ressemble. Le docteur Collins prétend que l'on entend distinctement le cœur de l'enfant battre près l'ombilic de la mère. — La présentation des fesses est plus dangereuse pour l'enfant que lorsque la tête se présente naturellement, car le cordon est exposé à être comprimé lorsque la tête entre dans la cavité du bassin. Cette présentation est aussi généralement plus difficile, parce qu'elle n'est pas aussi bien adaptée à la forme du bassin, et qu'elle ne passe pas aussi aisément, quoique le volume soit moindre que celui du crâne. Le diamètre latéral pris, soit d'un trochanter à l'autre, ou d'une crête iliaque à l'autre, est de trois pouces un huitième. De la partie postérieure du bassin à celle des cuisses, lorsqu'elles sont couchées sur le ventre, il y a à peine trois pouces. Il est réellement arrivé que les fesses ont été expulsées par les forces de la nature lorsqu'il fallait avoir recours au perforateur pour pouvoir retirer la tête. La poitrine est plus large que les fesses; car, si on injecte le fœtus, le diamètre latéral, à la partie inférieure du thorax, est de trois pouces sept huitièmes, et l'antéro-postérieur de trois pouces un quart. Dans l'hôpital de Dublin, sur deux cent quarante-deux cas, soixante-treize enfants étaient morts en naissant, et dans ce nombre quarante-deux étaient en putréfaction.

Les fesses, et par conséquent le corps de l'enfant, peuvent varier dans leur position par rapport à la mère, mais il y a principalement deux positions qui réclament notre attention, parce que les autres se réduisent finalement à celles-ci. La première, c'est lorsque les cuisses de l'enfant sont dirigées vers l'articulation sacro-iliaque du bassin; et la seconde, lorsqu'elles sont dirigées vers la cavité cotyloïde. On reconnaît ces positions par le rapport des cuisses, de l'ilium et du sacrum avec le bassin de la mère. Et dans l'un et l'autre cas, la grossesse marche également bien, jusqu'à ce que la tête vienne à passer. Alors, si les cuisses ont été dirigées vers la partie antérieure du bassin, la face quelquefois reste tournée vers le pubis, et ne peut se dégager de l'arcade pubienne aussi aisément que le sommet. Dans un bien plus grand nombre de cas, les cuisses sont dirigées vers la symphyse sacro-iliaque droite, moins fréquemment vers la gauche; dans quelques cas vers le pubis, et dans un plus petit nombre vers le sacrum. — Quand les cuisses sont dirigées vers la partie postérieure du bassin, l'on trouve que le travail se fait de la manière suivante : les cuisses, dont le plus grand diamètre correspond au diamètre diagonal du bassin, descendent généralement obliquement; une des tubérosités étant placée avant l'autre, c'est-à-dire que celle qui se trouve la plus rapprochée du pubis est plus basse que l'autre. Celles-ci tournent de la même manière que la partie de l'os pariétal qui se présente dans l'accouchement naturel, et conservent le même rapport avec l'axe des détroits supérieur et inférieur du bassin; arrivé au détroit inférieur, un des ischions se place à l'arcade pubienne, et l'autre sur le périnée. Le premier proémine un peu au pubis, mais le second se dégage généralement plus vite, et le périnée distendu glisse dessus lui comme il le fait sur la tête, et presque au même moment l'autre hanche sort de l'arcade pubienne. Pendant que les cuisses forment saillie, elles opèrent graduellement un léger mouvement de rotation, de sorte que le ventre de l'enfant se trouve dirigé à la partie interne de la cuisse de la mère, et les épaules se disposent à travers le détroit supérieur diagonalement. Lorsque les cuisses sont sorties, les douleurs continuent pour les pousser graduellement dans la direction du détroit inférieur du bassin, jusqu'à ce que les jambes soient descendues assez bas pour se dégager du vagin. Lorsque ceci a lieu, la tête généralement traverse obliquement le détroit supérieur, et la face est tournée vers l'articulation sacro-iliaque. Le plus souvent les bras

passent en même temps qu'elle, étant couchés sur les oreilles; puis ils descendent dans le vagin, poussés par l'action de l'utérus, et sortent en même temps que le thorax, tandis que la tête occupe seule la cavité pelvienne. La face fait un mouvement de rotation dans la cavité du sacrum, et le menton s'abaisse sur la poitrine de l'enfant; puis il abandonne le périnée qui glisse sur la face, et le sommet sort le dernier de dessous les pubis.

Un grand nombre d'accoucheurs ont conseillé, lorsque les fesses se présentaient, d'abaisser d'abord les pieds; mais la pratique établie maintenant consiste, lorsque le bassin est bien conformé, et que nulle autre circonstance ne requiert une prompte délivrance, à ne point intervenir dans l'expulsion des cuisses, jusqu'à ce qu'elles aient dépassé les parties externes. La conduite de ce travail est fort simple. Lorsque les cuisses viennent à sortir, il faut soutenir le périnée et ne faire rien de plus jusqu'à ce que les genoux soient descendus au niveau de la fourchette. S'ils ne se plient point naturellement, et que les pieds glissent en dehors, il faudra employer le doigt d'une main pour faire plier doucement la cuisse, et amener le pied en bas. Le genou, dans cette opération, presse obliquement sur le ventre de l'enfant. Mais, soit que les jambes soient expulsées naturellement, ou qu'elles soient retirées avec le doigt, nous devons diriger nos soins vers le périnée et l'empêcher d'être déchiré par un mouvement brusque de la jambe lors de sa sortie; ensuite il faut abaisser un peu le cordon, afin de rendre la circulation plus libre. En troisième lieu, nous devons faire attention aux bras; s'ils ne descendent pas par les efforts de la nature, en même temps que la poitrine; mais s'ils sont relevés sur les côtés de la tête, remplissant avec elle le détroit supérieur, il faut abaisser d'abord l'un, puis l'autre bras en n'employant aucune force de peur de fracturer l'os. On glissera le doigt le long de la poitrine et du cou de l'enfant par-dessus l'épaule, jusqu'à l'avant-bras, et on l'abaissera doucement en arrière par rapport à l'enfant, de manière à le faire descendre le long du côté de l'enfant. On ne perdra pas de vue pendant cette opération le périnée, afin de prévenir toute lésion occasionnée par un mouvement brusque du bras. Quatrièmement, si la tête ne descend pas directement, on introduira le doigt que l'on placera sur le menton ou dans la bouche pour l'abaisser doucement vers la poitrine, et ceci suffit généralement. Pour protéger le périnée, il faudra y appliquer la main, et placer le corps de l'enfant près des cuisses de la mère, afin que le sommet puisse se dégager plus facilement de dessous les pubis, en même temps que la face glissera sur le périnée. Si, au contraire, on éloigne le corps de l'enfant de la mère pour le rapprocher de l'opérateur, la tête ne peut aisément descendre dans le bassin ni sortir du vagin. Dans l'accouchement naturel, après l'expulsion de la tête, on devra laisser le reste du corps sortir lentement par les seuls efforts de la matrice; mais dans la présentation des cuisses, si le travail, après leur sortie, se ralentissait, il faudrait hâter l'expulsion du corps et de la tête par les moyens que j'ai indiqués, de peur que le cordon ombilical n'éprouve une compression mortelle. Car la tête, en entrant dans le bassin, peut presser le cordon entre elle et le détroit supérieur, et il est bien connu que la matrice n'agit pas aussi efficacement sur la tête que sur un corps plus volumineux. Le premier signe qui annonce le danger, c'est un mouvement convulsif du corps de l'enfant. Et si la tête n'est point extraite promptement, c'en est fait de lui. S'il y a inévitablement un retard, il faut chercher à placer le cordon dans la partie la plus large du bassin. Mais quand bien même l'on pourrait ôter toute espèce de compression, l'enfant est exposé à la mort, vu que le placenta est quelquefois détaché trop tôt de la matrice, et que ses fonctions sont anéanties. En même temps, il ne faut pas intervenir pour tirer l'enfant en bas si nous pouvons nous en dispenser, car par là le menton est séparé de la poitrine, et la tête entre d'une manière moins favorable dans la cavité pelvienne, et les bras aussi sont plus disposés à relever et à s'étendre le long de la tête, au lieu de descendre devant elle en même temps que le thorax. Il est dangereux de tirer l'enfant par les épaules, si l'on emploie une force assez grande, car l'on peut léser le cordon de la moelle épinière dans la région du cou.

Lorsque dans les présentations des fesses, les cuisses sont dirigées vers la cavité cotyloïde ou vers le pubis, la face, comme dans le premier cas, vient généralement la première. L'on pourrait

croire qu'elle devrait rester tournée vers le pubis d'où elle sortirait avec quelque difficulté; mais quoi qu'il en arrive dans quelques cas particuliers, l'on trouve ordinairement que, dans sa marche, le tronc tourne de manière à ce que la face, lors de la naissance, soit dirigée vers le périnée, et l'on peut, s'il est douteux que ce mouvement ne se fasse, le favoriser en se rappelant que, si la hanche gauche est la plus avancée, comme cela arrive le plus souvent, le mouvement de rotation se fera du côté gauche de la mère, et réciproquement. Si nous sommes trompés dans nos espérances, et que nous trouvions la face, après la sortie du corps, dirigée en avant, il ne faut pas faire tourner le corps, ce qui pourrait tordre et léser le cou, mais introduire deux doigts, les appuyer sur la tête elle-même, et par là tâcher de faire tourner le menton de la cavité cotyloïde à l'articulation sacro-iliaque du même côté. Si l'on ne peut rectifier la position, nous devons favoriser la descente de la tête en déprimant le menton, et en l'amenant doucement sous le pubis; cette opération peut être facilitée en poussant le sommet en haut et en arrière, et en le faisant tourner sur la courbure du sacrum, pour favoriser la descente de la face. Il faut faire attention au périnée.

Quand le bassin est rétréci ou mal conformé, il sera prudent d'extraire les pieds dès le commencement du travail. Le danger, dans ces cas-là, est grand pour l'enfant, mais il n'est pas diminué en abandonnant le travail à la nature. Car en accordant que les fesses fussent à la fin expulsées, non-seulement on aura prolongé les douleurs de la mère, mais le temps et les efforts perdus peuvent rendre l'utérus moins apte à opérer la descente de la tête, descente que l'on ne peut nullement faciliter dans le cas d'un bassin rétréci. Mais si l'on n'a pas pris cette mesure à une époque convenable, il sera nécessaire de recourir aux moyens artificiels que j'expliquerai dans la suite. Quand la résistance est légère, l'introduction des doigts par-dessus les aines de l'enfant, peut nous permettre d'employer une force telle que du moins la matrice se trouve excitée à agir plus vigoureusement pour expulser l'enfant. Si la tête ne suit pas aisément le corps, il ne faut pas chercher à l'extraire en levant fortement par les épaules, vu que l'on pourrait par là déchirer le cou ou laisser la tête dans l'utérus (1). Il faut avant tout préserver le cordon, autant que possible, de toute compression, ensuite abaisser doucement les épaules dans la direction de l'axe du détroit supérieur, en même temps qu'avec un doigt l'on agit sur le menton. Si on ne réussit pas, il faut appliquer le levier sur la tête et la déprimer dans la direction convenable. Si cette opération manque, la seule ressource qui reste, c'est d'ouvrir le crâne au-dessus ou derrière l'oreille, et de fixer un crochet dans l'ouverture; mais il ne faut faire cette opération qu'après avoir essayé les autres moyens, et pendant tout ce temps l'enfant sera mort. — Quand les fesses se présentent, et que l'accouchement est laborieux, les parties de la génération sont souvent gonflées et livides; lorsque les parties ne sont simplement qu'un peu tuméfiées et pourpres à cause de la congestion du sang veineux, il n'y a rien à faire; mais lorsqu'il survient de l'inflammation, elle est plus inquiétante, car comme elle est lente, elle est sujette à se terminer par la gangrène; les fomentations sont utiles, mais souvent de douces applications alcooliques réussissent mieux.

SECTION II.—*Présentation des extrémités inférieures.*

On reconnaît la présentation des pieds, en ce qu'il n'y a point de tumeur arrondie qui soit formée par la partie inférieure de la matrice. Les membranes aussi forment une saillie plus allongée que lorsque la tête ou les fesses se présentent. Si l'on touche la partie qui se présente pendant la cessation d'une douleur, on la sent petite, et elle n'apporte aucune résistance au doigt. Lorsque les membranes viennent à se rompre, l'on peut découvrir la forme du talon et des orteils et l'articulation calcanéo-tibiale. On a pris

(1) La Motte, Chapman, Smellie et Parfait citent des exemples de têtes laissées dans l'utérus sans le corps, ou de corps sans tête. Il y a principalement deux sources de danger : la première et la plus immédiate, c'est l'hémorrhagie utérine; la seconde provient de la putréfaction, qui produit des maux de cœur, des nausées, de la fièvre et une grande faiblesse. L'on peut extraire la tête en plaçant un doigt dans la bouche, ou au moyen du crochet avec ou sans perforation.

le talon pour le coude, et réciproquement. Les orteils, à cause de leur longueur, peuvent être pris pour les doigts jusqu'à ce que l'on sente le genou et la cheville. Dans la présentation des pieds, la position diffère de celle où les cuisses se présentent moins que ne le supposent quelques auteurs, car une obliquité plus ou moins grande de l'enfant détermine la partie qui doit descendre. Plus l'obliquité est grande, plus les pieds descendent bas, et plus les fesses sont élevées. Terme moyen, l'on peut dire que les pieds et les fesses se présentent à la fois et entrent en même temps dans le bassin. Dans les présentations des pieds, les jambes sont couchées le long de la partie postérieure des cuisses, et les pieds sont relevés le long de la partie antérieure des tibias, de sorte que l'on sent d'abord les talons comme les parties les plus basses, ou bien les pieds sont croisés en quelque sorte l'un sur l'autre, de manière à présenter plutôt la plante ou le côté du pied, où l'on peut sentir les orteils les premiers. Les pieds descendent naturellement avant les fesses, qui sont dirigées obliquement en haut. Un ou les deux pieds peuvent passer dans le bassin. Généralement, s'ils n'entrent point en même temps, l'un suit bientôt l'autre, mais il peut arriver que l'un descende, tandis que l'autre se relève le long du ventre comme font les deux jambes dans la présentation ordinaire des fesses. On suppose que deux circonstances contribuent à une délivrance facile. La première, lorsque les orteils sont dirigés vers l'articulation sacro-iliaque de la mère, et la seconde, lorsque les deux pieds descendent ensemble; mais comme nous l'avons vu dans la présentation des fesses, il y a rarement peu de différence pour l'évolution de la tête, que les orteils soient en arrière ou en avant. La meilleure pratique, c'est d'éviter de rompre les membranes jusqu'à ce que l'orifice utérin soit suffisamment dilaté. Alors, l'on saisit les deux pieds, et on les entraîne dans le vagin; ou si les deux pieds se présentent ensemble à l'orifice utérin, on peut les laisser descendre sans les aider à faire ce mouvement : dans l'un ou l'autre cas, on ne hâte la délivrance que lorsque le cordon se trouve placé de manière à être comprimé, c'est-à-dire lorsque les genoux font entièrement saillie, et que l'on peut sentir la partie épaisse des cuisses qui avoisine les fesses. Alors, si la face est tournée vers le ventre de la mère, et qu'elle ne paraisse pas se diriger vers le dos, l'on saisit les cuisses, et l'on imprime un mouvement de rotation au corps. La marche à suivre est la même que dans la présentation des fesses. Il y a peu à craindre que les pieds de deux enfants différents descendent en même temps, vu que les jumeaux sont enfermés dans des membranes séparées; mais comme le cas est possible, il est bon de constater si les pieds sont droit et gauche, ce que l'on connaît en déterminant le rapport des gros orteils.

Quelquefois un genou et un pied, ou les genoux seuls se présentent; et comme ils forment une plus grande tumeur que les pieds, ils peuvent être pris d'abord pour l'épaule, ou même pour les fesses, ou pour la tête. Généralement il n'y a qu'un genou qui se présente, et il est situé obliquement ayant son côté qui repose sur l'orifice utérin. On le reconnaît à sa forme et à la convexité de l'articulation. Quelques-uns conseillent d'abandonner le cas entièrement à la nature, mais il vaut mieux amener le genou ou les deux pieds, vu qu'on peut le faire très-aisément.

SECTION III. — *Présentation des extrémités supérieures.*

Quand l'épaule ou le bras se présentent, cette circonstance offre le caractère général des présentations extraordinaires. La tumeur arrondie, formée par la tête dans l'accouchement naturel, manque, tandis que l'on constate la forme et les rapports du bras et de l'épaule (1). La présentation de l'épaule ne peut être confondue qu'avec celle des fesses. Mais dans le premier cas, la forme du scapulum, les côtes, le peu d'étendue de l'articulation scapulaire, et la direction de l'humérus, outre que l'on sent souvent dans l'examen, soit la main ou le cou, serviront à la distinguer. Dans le dernier, la forme arrondie et la plus grande fermeté de l'ischion, le volume des cuisses, leur direction en haut, et leur contact avec le ventre qui est mou, l'épine ischiatique, les parties de la génération, le volume de la tubérosité ischiatique et la forme générale des parties postérieures du bassin

(1) Dans la maison d'accouchement à Paris, l'épaule droite se présenta au moins cinq fois plus souvent que la gauche.

contribuent à démontrer avec certitude la nature de la présentation.—La main et le bras peuvent se présenter dans des circonstances différentes. La présentation primitive peut avoir été celle de l'épaule, mais le bras, dans le cours du travail, peut avoir été expulsé, ou la main peut être située sur l'orifice de l'utérus avant la rupture des membranes, ou bien l'avant-bras peut pendant un certain temps, se placer à travers l'orifice utérin pendant plusieurs heures sans que la main fasse saillie. Quelquefois l'on sent les deux mains à l'orifice utérin, et même les deux bras peuvent être expulsés dans le vagin. Mais dans la plupart des cas ceci n'arrive pas, à moins que l'on ait agi maladroitement. Dans quelques cas rares on a vu les mains de jumeaux se présenter ensemble, après la rupture des deux membranes ; il est plus commun de trouver les mains et les pieds du même enfant, qui se présentent à la fois; et cette présentation, après celle des pieds, est la plus facile (1). Il n'est pas rare, dans ce cas-ci, de voir le cordon se présenter en même temps, et alors si l'on apporte du retard, l'enfant peut périr. — Dans la plupart des présentations des extrémités supérieures, on trouve les pieds de l'enfant dans la partie antérieure de l'utérus, vers l'ombilic de la mère. Mais on peut connaître leur position en examinant la présentation. Si nous sentons l'épaule, nous savons que si nous trouvons le scapulum situé vers le sacrum de la mère, l'on trouvera les pieds dirigés vers le ventre. Si le bras fait saillie dans le vagin, on trouvera la paume de la main en supination dirigée du côté où sont les pieds. Il est aisé de savoir quelle est la main qui se présente. Si nous examinons avec la main droite, nous trouverons que si nous mettons la paume de la main de l'enfant sur notre main, le pouce de la main droite ou le petit doigt de la main gauche correspondront à notre pouce.

Dans ces présentations non naturelles, les anciens avaient coutume de faire la version, et de délivrer l'enfant par les pieds (2), mais leurs remarques sur ce sujet n'établirent aucune règle générale à suivre : au contraire les praticiens sont presque constamment dans l'habitude d'essayer de changer la présentation, et d'amener la tête à l'orifice utérin. Paré fut un des premiers qui conseilla la version comme une pratique générale; mais même son élève, Guillaume, négligea la règle, et abandonna à Mauriceau le soin de la recommander par le raisonnement et la pratique (1). Franco fut aussi partisan de la version. Il peut cependant y avoir des cas où il serait non-seulement sûr, mais aussi plus convenable, de recourir à l'ancienne pratique, quoique, comme règle générale, il faille l'abandonner. Par exemple, si l'on sait que la malade a ordinairement un accouchement prompt, si les douleurs sont vives, que l'orifice utérin soit dilaté ou dans un état relâché et très-dilatable, que la liqueur amniotique soit gardée, et que l'enfant soit mobile, alors on peut sans difficulté ni beaucoup d'irritation placer la tête dans la position convenable, avec assez de chances de succès. J'en ai fait une règle de conduite, et je ne vois pas de raison pour la changer. Le travail sans doute est plus lent que si nous avions abaissé les pieds,

(1) Si l'utérus est fortement contracté, et que les eaux de l'amnios aient été évacuées, il est quelquefois nécessaire de porter la main jusqu'aux genoux pour pouvoir changer la position.

(2) Ils ont cherché aussi à changer la position de la malade pour changer celle de l'enfant. M. Buchanan de Hull m'a dit avoir réussi dernièrement dans un cas où « le côté gauche de la poitrine de l'enfant était situé diagonalement sur le bassin, tandis que la tête était en avant. » Il remit la tête dans sa position naturelle en faisant agenouiller la malade et en soulevant les fesses de l'enfant, tandis que les épaules étaient abaissées aussi bas que possible. Les eaux ne s'étaient pas écoulées. La position de la tête à sa descente fut rendue plus favorable par le doigt : l'enfant naquit vivant. On propose encore de changer la position par des manipulations faites à l'extérieur.

(1) Mauriceau observe avec justesse que, quoiqu'après beaucoup de fatigue (lorsque les eaux se sont écoulées) la tête puisse être amenée à l'entrée de l'orifice utérin, la femme peut n'avoir pas la force de terminer l'accouchement. — Dans un exemple rapporté par le docteur Smellie, la malade périt d'hémorrhagie. — Joerg admet encore la possibilité d'amener la tête lorsqu'elle est plus près de l'orifice utérin que les pieds, ou que le fœtus est placé de manière qu'on ne puisse faire descendre les pieds sans difficulté ni sans danger.

mais l'enfant court moins de dangers, et ceci est un grand motif pour revenir, dans les cas favorables, à une ancienne pratique. D'un autre côté, si les eaux de l'amnios ont été évacuées, ou si quelque irritation accompagne le changement de position, il vaut mieux amener de suite les pieds, et opérer une délivrance sans danger du moins pour la mère. Si dans un cas pareil, on savait que la tête se présentât, l'irritation qui serait produite pourrait exciter l'utérus à une action spasmodique, ou bien cet organe pourrait agir sans aucune efficacité; un travail laborieux de l'espèce la plus dangereuse serait la conséquence de cette pratique irréfléchie, et la mère ainsi que l'enfant pourraient en être les victimes. Le docteur Hunter proposait de repousser l'épaule, et de faire que les fesses se présentassent; mais cette proposition n'a jamais été admise. Nous devons, dans tous les cas, prendre garde de rompre les membranes prématurément; et pour les conserver entières, nous devons prévenir tout effort ou toute agitation du côté de la mère. Aussitôt que l'orifice utérin sera mou et dilatable, on introduira lentement la main dans le vagin, on dilatera doucement l'orifice utérin, et l'on rompra les membranes (1). Puis on portera immédiatement la main dans l'intérieur de la matrice, et, si l'on est décidé pour la version, on la dirigera en haut jusqu'à ce qu'on ait rencontré les pieds. On saisira les deux pieds entre les doigts, et on les descendra dans le vagin, en ayant soin que les orteils soient tournés vers le dos de la mère. Le reste a été déjà décrit. Cette opération n'est pas très-douloureuse pour la mère; elle est facilement accomplie par l'accoucheur, et elle n'est pas plus dangereuse pour l'enfant qu'une présentation primitive des pieds. Mais il est nécessaire, pour rendre ces assertions exactes, que l'opération soit commencée avant que les eaux de l'amnios ne soient écoulées, et il est très-important de se décider à temps. Nous ne devons pas chercher à introduire la main, tant que l'orifice utérin est dur et non dilaté. C'est un axiome en pratique. D'un autre côté, nous ne devons pas attendre jusqu'à ce que l'orifice soit dilaté au point de permettre le passage d'un corps volumineux. Dans les cas dont il s'agit, l'orifice utérin ne se dilate pas aussi régulièrement et à un si haut degré, avant la rupture des membranes, que lorsque la tête se présente. Si nous attendons après cette dilatation, les membranes peuvent céder inopinément. Si l'orifice utérin est large comme une pièce de cinq francs, mince et relâché, l'on ne doit pas retarder davantage la délivrance, car chaque douleur peut faire rompre les membranes. Si elles cèdent, il faut introduire de suite la main, et l'on trouvera l'opération facile, car tout le liquide ne s'écoule pas à la fois, et l'utérus n'embrasse pas de suite étroitement le fœtus. Si les eaux se sont écoulées en grande quantité avant le travail, ou si les membranes se sont rompues dès le commencement, lorsque l'orifice utérin est ferme et petit, il faut, par une position horizontale, conserver une portion des eaux jusqu'à ce que l'orifice permette la délivrance. On peut rendre plus facile l'introduction de la main dans le vagin et dans l'orifice utérin, en la plongeant préalablement dans de l'huile ou dans une décoction de graines de lin, ou dans toute autre substance lubréfiante. On peut aussi injecter de l'huile dans le vagin.

Mais s'il y a long-temps que les eaux ont été évacuées, alors les fibres de l'utérus se contractent fortement sur le fœtus, la présentation ne peut être changée, et tout le corps de l'enfant est tellement comprimé que la circulation est souvent arrêtée dans le cordon; et si le travail se prolonge, l'enfant peut être tué. C'est un cas très-inquiétant qui demande une grande prudence. Si les douleurs sont fréquentes, et les contractions fortes, alors tous les efforts pour introduire la main et opérer la version, non-seulement doivent causer beaucoup de souffrance, mais ils peuvent, si l'on persiste, séparer la matrice du vagin ou déchirer son col ou son corps. Aucun médecin intelligent ne pensera donc à faire la version, dans ces circonstances; si l'on attend cependant quelques heures, l'utérus peut être moins énergique dans son action; mais comme la déchirure et d'autres accidents peuvent survenir dans le même temps, il ne convient pas d'attendre ou de se fier à cette espérance. Une saignée copieuse a pu certainement, dans beaucoup de cas, rendre la version plus

(1) Le docteur Hamilton dit avoir réussi à faire la version sans intéresser les membranes, en refoulant successivement les parties avec la main qui opérait à travers les membranes.

facile; mais elle affaiblit les forces et souvent elle retarde la délivrance. Si la malade est agitée, si elle a de la fièvre; la saignée peut, jusqu'à un certain point, être nécessaire et convenable, sinon l'on réussira généralement en administrant une forte dose de teinture opiacée, non moins de soixante à quatre-vingt gouttes (1). Auparavant, s'il est nécessaire, l'on donnera un lavement, et si l'urine n'est pas évacuée, on introduira le cathéter de peur que la vessie ne soit lésée pendant l'opération. Ensuite, autant que possible, on laissera reposer la malade. Quelquefois, au bout d'une demi-heure, mais presque toujours dans l'espace de deux heures après que le médicament anodin aura été pris, les douleurs seront assez calmées pour rendre l'opération sûre et peut-être facile. Mais il ne faut pas oublier que l'effet de l'opium est de suspendre seulement les douleurs violentes et non pas d'empêcher l'action de la matrice si elle doit agir. Nous devons donc promptement et vigoureusement, mais sans précipitation, saisir l'occasion où l'utérus a cessé de pousser fortement en bas la partie qui se présente, pour chercher à glisser la main au-delà de cette partie, avant que l'utérus ne soit provoqué à agir de nouveau avec force. — Notre premier objet, c'est d'introduire la main dans l'utérus; nous devons donc soulever un peu l'épaule, glisser les doigts au-dessus d'elle par des efforts prudents et soutenus, avec plus ou moins de vitesse, suivant le degré de la contraction et de la résistance. Le col se contracte souvent spasmodiquement autour de la partie qui se présente, et il est le principal obstacle à l'accouchement, mais l'opium diminue généralement cette contraction (2) et nous ne devons pas trop nous précipiter ni user de violence pour la vaincre. Je crois que des efforts prolongés après l'administration de l'opium réussiront toujours. Ces efforts renouvellent généralement les douleurs qui, tout en n'empêchant pas de pratiquer l'opération, la rendent cependant plus douloureuse et engourdissent la main de l'opérateur. Après avoir passé la main au-delà du col, nous la portons entre le corps de l'enfant et la surface de l'utérus que l'on sent dure et unie, à cause de l'action tonique ou permanente de ses fibres, jusqu'à ce que l'on parvienne aux pieds, que l'on saisit ensemble s'ils sont près l'un de l'autre; mais si on ne peut le faire aisément, on se contentera d'en amener un au bas du vagin, que l'on y retiendra; l'enfant naîtra ayant l'autre replié sur le ventre. L'on peut même quelquefois se contenter d'amener un seul genou. Et à la vérité, Velpeau et plusieurs autres ont proposé de préférer toujours le genou aux pieds. Il est généralement, sinon toujours, plus facile, lorsque la matrice est contractée, d'extraire un genou ou un seul pied que les deux à la fois; c'est moins douloureux pour la mère et l'on presse moins sur l'utérus. Lorsque l'on amène les pieds, ainsi que lorsque l'on porte la main dans la matrice, il ne faut pas agir pendant une douleur, mais l'on doit tenir la main à plat sur l'enfant; car en agissant autrement, l'on pourrait déchirer l'utérus. C'est ce qui arrive lorsqu'il y a une forte contraction spasmodique. Avant d'introduire la main, il faut chercher, en examinant la présentation, de quel côté sont placés les pieds, afin que l'on puisse se diriger directement vers l'endroit convenable. Si le dos de l'enfant est tourné vers le ventre de la mère, on a conseillé et avec raison d'employer la main droite, afin de la porter vers la partie postérieure de la matrice. L'on connaît la position en examinant le scapulum ou la clavicule, ou bien, si c'est le bras qui fait saillie, le dos de la main en supination correspond aux pieds de l'enfant. Si la paume de la main est dirigée vers le ventre de la mère, l'on doit s'attendre à ce que les pieds se trouvent vers la paroi antérieure de l'utérus, et il convient d'employer la main gauche; mais presque tout dépend de la dextérité de l'opérateur et de la position de la malade; la position est ordinairement la même que dans l'accouchement naturel. Mais quelquefois l'on peut trouver bon de faire coucher la femme sur le côté du lit, ayant les pieds à terre, et de se placer derrière elle. Si dans quelques cas, à cause du spasme ou pour d'autres motifs, nous trouvions qu'il fût très-difficile de faire la version, il fau-

(1) Le docteur Collins conseille l'émétique; je n'ai heureusement point fait l'expérience sur les effets de ce médicament dans de pareils cas.

(2) Le spasme peut céder tout-à-coup à la main, comme s'il s'était opéré une rupture dans les fibres utérines. J'ai à ma connaissance un exemple de ce genre; la matrice était intacte; et on ne vit survenir aucun symptôme fâcheux.

drait examiner jusqu'à quel point il est possible d'opérer une présentation de la tête, et d'employer le forceps si le spasme continue de s'opposer à l'accouchement. Quand la main et le bras ont fait saillie et que l'épaule est entrée dans le vagin, la pratique d'un grand nombre d'accoucheurs a été, avant de chercher à faire la version, de replacer le bras au-dedans de la matrice, et quand l'opération était impraticable, ils l'ont arraché ou coupé, surtout si l'on supposait que l'enfant fût mort; mais des enfants sont nés très-vivants dans cet état de mutilation. D'autres conseillent de ne point chercher à replacer le bras; bien plus, ils prétendent même que dans les cas difficiles nous faciliterions l'opération en amenant l'autre bras pour changer jusqu'à un certain point la position de l'enfant. Bien loin qu'il faille replacer le bras dans l'utérus, l'on peut quelquefois en tirer avantage en le saisissant d'une main, tandis que l'on introduit l'autre le long de ce bras. Et comme les parties sont de cette manière un peu distendues, il sert en quelque sorte de conducteur, le long duquel la main glisse jusque dans l'utérus.

Avec les moyens que nous venons d'exposer, et avec de la patience et de la fermeté, l'on peut, dans presque tous les cas, réussir à extraire l'enfant. Il faut cependant reconnaître que dans quelques circonstances, soit par négligence, soit par maladresse, la femme est mise dans un grand danger et peut même expirer sans être accouchée. Cette catastrophe provient quelquefois d'un simple épuisement ou d'une inflammation; mais le plus souvent, je le crains, d'une rupture de la matrice. Ou bien par négligence, on a causé tant d'irritation à l'économie, aussi bien qu'aux parties intéressées dans l'accouchement que, malgré la facilité avec laquelle la délivrance a été accomplie, la femme ne revient point, mais succombe, soit à une inflammation pulmonaire ou abdominale, soit à une fièvre ou à une hémorrhagie. De plus, ces cas graves se terminent généralement d'une manière fâcheuse pour l'enfant. — Quand la version n'a point été praticable si l'on a supposé l'enfant vivant, on a excisé l'orifice utérin, on a proposé et pratiqué l'opération césarienne (1). Mais si l'enfant était mort, on l'a extrait en amenant les cuisses en bas avec un crochet (1), et quelquefois, pour faciliter l'extraction, le corps de l'enfant a été mutilé (2) ou la tête ouverte avec un perforateur. Cela doit toujours être pratiqué, lorsque d'un côté la présentation ne peut admettre la version, et que de l'autre il n'y a pas d'apparence que le travail que je vais décrire sous le nom d'évolution spontanée ait lieu. — Lorsque l'enfant est petit ou qu'il vient prématurément, il est arrivé que le bras et l'épaule ont été poussés hors du vagin, et qu'en tirant sur le bras on a terminé l'accouchement (3). Dans d'autres cas, l'enfant a été expulsé, plié en deux. Il y a un grand nombre d'exemples dans lesquels une évolution spontanée a eu lieu, c'est-à-dire, que l'enfant a été plié en deux, et les fesses sont sorties les premières. L'action de l'utérus se fait dans la direction de son grand axe, et par conséquent tend à pousser le contenu à travers l'orifice utérin. L'enfant forme une ellipse; et, soit dans l'accouchement naturel, soit dans la présentation des fesses, le grand axe de l'ellipse correspond au grand axe de l'utérus. Mais dans la présentation de l'épaule, l'axe de l'ellipse est situé obliquement par rapport à celui de l'utérus, ou à la direction de la force, et par conséquent l'action continuée de la matrice peut tendre, en opérant sur le côté de l'ellipse, à déprimer l'extrémité supérieure et à la pousser graduellement dans le bassin. On ne peut espérer cette terminaison que lorsque l'épaule est abaissée et poussée en avant contre le bassin, comme sur un point fixe et offrant de la résistance, autour duquel, jusqu'à une certaine étendue, elle tourne,

(1) Voir un mémoire par M. Baudelocque dans le *Recueil périodique*, tom. v. table 1, cas 5 et 12.

(1) Peu, dans un cas où les deux bras faisaient saillie, appliqua un lacet sur les fesses pour les extraire. (*Pratique*, p. 412). — Smellie, en 1722, retira les fesses avec le crochet, col. 35, cas 3. — Giffard fit la même chose en 1725, cas 3.

(2) Voir Perfect, vol. 1, p. 351. — *Les Cas* du docteur Hamilton, p. 104. — Il jugea nécessaire de séparer trois vertèbres. — Le docteur Clarke arracha le bras après l'avoir tordu, et perfora le thorax. Au bout de trente-six heures, le fœtus fut expulsé plié en deux. (*Med. and phys. Journ.*, vol. VIII, p. 394.)

(3) Giffard, cas 211, et Baudelocque, l'*Art des accouchements*, § 1530, dans une note. — Dans le cas de M. Gardiner, la tête suivit les épaules. (*Med. comment.*, tom. v, p. 307.)

tandis que le tronc se courbe de plus en plus, et la partie latéro-postérieure du thorax se présente jusqu'à ce qu'enfin l'utérus pousse en bas les fesses sur le périnée. Il faut que la matrice se contracte avec vigueur et non spasmodiquement.

Cette évolution fut notée pour la première fois, je crois, par Schwenheider (1). Mais le docteur Denman (2) fut le premier qui, dans ce pays-ci, appela l'attention des praticiens sur ce point. Il rassembla non moins de trente cas; mais, parmi ceux-ci, il n'y eut qu'un enfant qui naquit vivant. La dernière période est généralement rapide. Dans le troisième cas du docteur Denman, il dit vaguement : « Les efforts de la mère étaient extrêmement violents. Je m'assis; pendant ce temps, elle éprouva deux douleurs dont la dernière fit plier l'enfant, et la tête fut expulsée. » Quand les fesses entrent dans la cavité du bassin, l'expulsion est promptement complétée; il ne paraît pas que la grosseur de l'enfant soit un obstacle insurmontable à l'accouchement (3). — Il y a eu diversité d'opinions quant au mode dans lequel se fait l'expulsion. Le docteur Denman supposait que les extrémités inférieures descendaient pendant une douleur, et faisaient place aux supérieures, qui remontaient à mesure que les autres descendaient, jusqu'à ce qu'après que le corps eût tourné sur son axe, les cuisses fussent expulsées, « comme dans la présentation primitive de cette partie. » Le docteur Kelly s'accorde avec le docteur Denman quant à l'existence d'une évolution réelle, ou d'une version de l'enfant, mais il en diffère en soutenant que la présentation primitive peut seulement changer, non durant l'action de la matrice, mais pendant son relâchement. Il suppose que les fesses ou l'extrémité supérieure de l'ellipse sont poussées en bas par l'action de la matrice, et qu'ensuite, par l'élasticité de l'enfant, l'épaule ou la partie qui se présente remonte au moment où l'utérus se relâche. — Cette explication a été combattue par le docteur Douglas, qui prétendit qu'il était impossible que les extrémités supérieures remontassent dans l'utérus qui se contractait; que par conséquent aucune partie de l'enfant ayant une fois fait saillie ne se retirait jamais, et que d'après cette circonstance le travail ne consistait point en une version spontanée, mais bien dans l'expulsion de l'enfant plié en deux. Selon lui, l'épaule est poussée plus bas par les fortes douleurs; la clavicule est située sous l'arcade pubienne; les côtes compriment le périnée et puis paraissent à l'orifice du vagin. A mesure que l'expulsion a lieu, on trouve la clavicule sur le pubis, et l'acromion s'élève jusqu'à la partie supérieure de la vulve. Pour le moment, le bras, l'épaule, et un côté de la poitrine ont fait saillie, et les fesses sont descendues dans la courbure du sacrum. De plus grands efforts expulsent les fesses et les extrémités, mais ni le bras ni l'épaule ne se retirent jamais. Le docteur Gooch donne la même explication dans le sixième volume des *Transactions médicales*.

J'ajouterai les remarques suivantes. Lorsque l'épaule est poussée assez bas pour faire saillie à l'arcade pubienne, la tête est placée sur la fosse iliaque, et les fesses sont placées au-dessus de l'articulation sacro-iliaque, mais pas assez bas pour reposer sur la fosse opposée, et le tronc à l'extrémité du thorax est situé au détroit supérieur. La continuation de la force expulsive fait que le côté du corps se présente à l'orifice du vagin, et les fesses, en même temps, entrent dans le détroit supérieur du bassin. La tête reste toujours dans sa première position, les fesses descendent ensuite plus bas le long de l'échancrure sacro-sciatique, et, en glissant d'un côté, elles distendent fortement le périné; puis elles font un mouvement de rotation en avant, et sortent comme dans la présentation ordinaire des fesses; seulement le bras et le côté font saillie en même temps au pubis. Dans ce travail, l'enfant doit être plié fortement en deux; mais si l'action de la matrice est forte, et s'il ne survient pas de déchirure, cette courbure peut s'effectuer à un degré normal. Une ligne tirée d'un côté du cou à l'extrémité du thorax qui se trouve au détroit supérieur du bassin, quand l'épaule est à l'orifice

(1) *Acta Havn.*, tom. II, art. XXIII.

(2) *Lond. med. Journ.*, vol. V, p. 64. — Voir aussi un cas par M. Outwai *in New. Lond. med. Journ.*, vol. II, p. 172. — M. Simmons, *Med. facts and phys. observations*, vol. I, p. 76. — Perfect's *Cases*, II, 367. — *Med. and phys. Journ.*, vol. III, p. 5. — *Medico-chirurgical Review*, vol. I, deuxième série.

(3) M. Hey's Case in *Lond. med. Journ.*, vol. V, p. 305.

du vagin, a quatre pouces 3/8. La difficulté consiste dans la descente du corps à partir de ce point jusqu'aux fesses. La ligne tirée de la partie supérieure et latérale du cou jusqu'aux fesses ou à la partie supérieure du sacrum a cinq pouces 1/2, c'est la plus grande longueur du corps qui doit passer. Quelquefois la distance est à peine de cinq pouces, et je ne doute point que la continuation de la force ne puisse la rendre moindre. De l'arcade pubienne au détroit supérieur il existe à l'articulation sacro-iliaque cinq pouces, et de la même partie diagonalement jusqu'au ligament sacro-sciatique il y a au sacrum pleinement cinq pouces. Il paraît donc que, quoique au premier abord nous ne soyons pas disposés à admettre que l'enfant puisse se prêter au passage, cependant, en réalité, il n'y a pas d'impossibilité physique qu'un enfant de neuf mois ne puisse passer par cette voie à travers le bassin, et que cela, à moins que l'on n'apporte artificiellement obstacle à la marche du travail, ne puisse s'effectuer, si l'action de la matrice est forte et continuée, si les fesses sont amenées dans la sphère de son action de manière à être poussées en bas, et si l'utérus échappe aux déchirures. Plus l'époque de la grossesse est avancée, plus grande est la difficulté. Au septième mois, la distance de l'épaule aux fesses, lorsque l'enfant est droit, est un peu plus de trois pouces un quart; si le dos est très-recourbé elle n'est pas aussi grande.

La connaissance de ce fait ne nous dispense point le moins du monde d'essayer à opérer la version, lorsqu'elle peut être faite avec sûreté et lorsque l'utérus n'agit pas puissamment pour résister à nos efforts : car quoiqu'il y ait un nombre considérable de cas rapportés où l'évolution a eu lieu, cependant ce nombre est petit en proportion de celui des présentations de l'épaule. Dans cette ville, que l'on pense contenir 244,000 habitants, je ne connais pas plus de trois exemples d'évolution spontanée, quoique quelques femmes soient mortes sans être accouchées, ou n'ont été accouchées que trop tard pour leur vie (1).

En ouvrant le thorax à la partie postérieure ou latéro-postérieure, et en divisant ensuite l'épine, l'on peut faire courber encore plus le corps, et amener plus promptement les cuisses. L'on peut, s'il est nécessaire, ouvrir l'abdomen et en vider le contenu, ainsi que celui du thorax, pour rendre le corps plus pliant. Quelques accoucheurs enlèvent la tête au moyen d'un instrument qui coupe le cou en travers, et puis, avec le crochet, ils abaissent le tronc et laissent la tête pour être ensuite extraite avec un crochet enfoncé dans la bouche ou dans l'orbite; mais l'ouverture abdominale que j'ai décrite peut aisément se faire, et permet d'introduire et de fixer le crochet sur le bassin, de manière à l'extraire. Cependant, si, dans quelques cas, nous ne pouvions le faire, alors il faudrait adopter l'autre méthode. Le docteur Hamilton se fonde sur sa grande expérience pour soutenir que ni l'une ni l'autre opération n'est nécessaire si l'on administre les opiacés.

Quelquefois le bras se présente en même temps que la tête, et cela ne peut que rendre l'accouchement plus long ou plus difficile, en empiétant sur les dimensions du bassin. Ce cas ne demande point la version; mais l'on doit replacer le bras par-dessus la tête, et même l'y retenir jusqu'à ce qu'une nouvelle douleur survienne, et pousse la tête en bas de manière à empêcher la main de reparaître. Si, à cause du degré où est descendue la tête avant que nous soyons appelés, nous trouvons impossible de refouler le bras, nous pouvons réussir à le mettre dans une place où il ne sera pas beaucoup intéressé par le passage de la tête. Dans un cas de ce genre, très-probablement dès le commencement, le bras avait fait saillie comme dans une présentation ordinaire de l'extrémité supérieure, et l'épaule était descendue jusqu'à l'orifice extérieur. M. Wansborrow, en portant le doigt le long de la courbure du sacrum, sentit le menton de l'enfant et la face qui se présentaient à l'intérieur du bassin, et l'occiput se penchait sur les vertèbres de l'enfant. De très-fortes douleurs n'eurent aucun effet pour expulser

(1) Dans le rapport des accouchements faits dans le royaume de Wurtemberg, on cite dix exemples d'évolution spontanée. Le plus souvent, les fesses ou les pieds sont sortis les premiers. Dans deux cas, le bras, après être sorti, rentra, et les fesses descendirent. Dans deux autres, les pieds sortirent. Dans l'un, la présentation de la tête se changea en une position transverse qui rendit nécessaire l'extraction par les pieds.

le fœtus; mais l'accouchement fut effectué au moyen du long forceps (1).

Quelquefois la tête est placée assez haut, étant retenue par une contraction spasmodique d'une bande de fibres qui l'entoure, et le bras est la seule partie que l'on puisse sentir, à moins qu'on n'introduise la main. Les opiacés, dans ce cas-ci, peuvent être utiles. Nous ne devons jamais chercher, par la force seule, à détruire la constriction, soit pour refouler le bras, soit pour amener la tête.

Quelquefois une main et les pieds se sont présentés à la fois avec la tête, ou seulement les pieds et la tête. Dans ce cas-là l'on peut, si c'est nécessaire, abaisser les pieds ensemble; mais lorsqu'on peut faire autrement, il est plus sûr pour l'enfant de repousser le pied au-delà de la tête, et de la faire entrer seule dans le bassin comme dans l'accouchement naturel.

Outre ces présentations, l'on peut rencontrer la partie postérieure du cou et la partie supérieure de l'épaule, ou la nuque seule, ou le gosier. Ces présentations, qui sont très-rares, requièrent la version; on les reconnaît à leur rapport avec la tête et les épaules.

Toutes les présentations surnaturelles sont plus dangereuses à la fois pour la mère et l'enfant que celles qui sont naturelles; mais le docteur Collins dit que dans les présentations de l'épaule aucun enfant ne mourut des effets de l'accouchement. Vingt enfants sur trente (et dans trois cas on pratiqua la version) naquirent vivants; quatre sur quarante mères succombèrent.

SECTION IV. — *Présentation du tronc.*

Les hanches, le dos, le ventre, la poitrine ou les côtés peuvent, quoique très-rarement, se présenter et l'enfant est couché plus ou moins transversalement. La hanche est quelquefois prise pour la tête (2), souvent peut-être pour l'épaule; mais on la distingue à sa forme et aux rapports qu'elle a avec l'ilion. Dans tous les autres cas, les parties qui se présentent restent long-temps placées très-haut; mais quand le doigt peut y atteindre, la partie peut être précisée par un accoucheur habitué à toucher le corps d'un enfant. Si l'enfant est situé transversalement il peut rester long-temps dans la même position, et la femme peut mourir si l'on n'opère la version. Mais si, comme cela arrive le plus souvent, l'enfant est placé plus ou moins obliquement, alors, si les douleurs continuent d'être efficaces et régulières, soit les fesses, soit l'épaule paraîtront à l'orifice de l'utérus, selon que la position primitive favorisera la descente de l'une ou l'autre extrémité de l'ellipse formée par l'enfant. Dans ces présentations, l'on devra introduire la main pour chercher les pieds, au moyen desquels on doit extraire l'enfant. Mais cette règle n'est pas absolue par rapport à la présentation de la hanche qui prolonge seulement le travail.

SECTION V. — *De la mauvaise position de la tête, présentation de la face, etc.*

La tête de l'enfant peut se présenter, et cependant elle peut être mal placée et donner lieu à un travail pénible et long. La matrice, même lorsqu'il se présente un léger obstacle, comme dans quelques-unes des périodes de ces présentations, ne déploie point, en quelque sorte, toute sa force; mais les douleurs continuent d'être peu fortes, et la malade s'aperçoit bien qu'elles sont inefficaces. Si la présentation est rectifiée les douleurs deviennent promptement efficaces. Si elle ne l'est pas, elles finissent par être provoquées, mais ce n'est souvent qu'après plusieurs heures. Le sommet doit naturellement être dirigé d'abord vers la cavité cotyloïde gauche, mais il peut aussi se tourner vers la droite. L'on pourrait croire que cela fait peu de différence; cependant, en général, le travail est plus long. Les gros intestins peuvent descendre à l'articulation sacro-iliaque et modifier le front de manière à faire entrer la tête moins favorablement. J'en suis tellement convaincu, que si la tête est assez mobile, et que cela puisse se faire sans occasionner aucun dérangement, je pense qu'il est raisonnable de la pousser dans la direction opposée, du moins si la malade est connue pour avoir en général un travail lent. Si l'on n'intervient pas, il est convenable qu'elle soit placée du côté droit au lieu d'être du côté gauche.

Parmi les déviations les plus marquées, je noterai: 1° celle où le front, au lieu du sommet, est dirigé vers la ca-

(1) *Med. Repository*, vol. XIII, p. 8.

(2) La Motte pensait qu'aucune partie ne ressemblait plus à la tête que la hanche. Voir *Obs.* 283 et 284.

vité cotyloïde gauche; on a calculé que cette présentation se montre plus souvent que celle que je viens de décrire en dernier lieu, et son rapport avec la position naturelle est de un à deux et demi; mais je ne crois pas que cela soit exact. L'on devrait naturellement s'attendre à ce que, dans cette position, l'occiput tournât dans la courbure du sacrum. C'est ce qui arrive sans doute quelquefois; mais je pense avec Nægelé, que le contraire, qui, selon Baudelocque, § 701, se rencontre rarement, a réellement lieu le plus souvent; et je pense qu'il est plus difficile à une tête volumineuse de tourner avec l'occiput dans la courbure du sacrum, que de faire le mouvement de rotation en avant, comme dans la présentation naturelle on trouve d'abord la tête ayant le front dirigé vers la cavité cotyloïde gauche. Quelque temps après, le sommet descend un peu plus bas, de sorte que la tête se présente un peu plus obliquement qu'elle n'était placée d'abord, et l'on sent plus aisément la fontanelle postérieure; mais la partie que l'on perçoit le plus promptement dans les premiers temps du travail, c'est la portion supérieure et postérieure de l'os frontal gauche, ou la portion supérieure et antérieure de l'os pariétal gauche, suivant que la tête a fait plus ou moins son mouvement de rotation. Alors, à mesure que le travail s'avance, la protubérance pariétale tourne davantage et se fait mieux sentir, et finalement elle ou le sommet sort du vagin comme dans l'accouchement naturel; mais la face de l'enfant est tournée du côté de la cuisse gauche de la mère. En examinant la marche de cette évolution, l'on trouve que le sommet est poussé, par les efforts de l'utérus, le long du plan incliné de l'ischion gauche derrière la cavité cotyloïde, et qu'ainsi la protubérance pariétale s'approche davantage du pubis. La continuation de la force fait glisser en avant la partie postérieure de l'os pariétal gauche, d'abord le long du plan incliné de l'ischion gauche, ensuite sur l'obturateur interne, puis cette partie ainsi que l'occiput se meuvent le long de la branche droite du pubis; les parties postérieure et latérale de l'os frontal gauche glissent en même temps obliquement en arrière, à travers le plan de l'ischion gauche, vers l'épine de cet os, de sorte que la tête finit par prendre la direction qu'elle a lorsque le sommet est placé du côté droit au lieu du côté gauche; cependant si le contraire de tout cela devait avoir lieu, si le sommet tournait vers le sacrum, il devrait glisser en arrière sur le ligament sacro-sciatique.

Comme cette présentation, de quelque côté que tourne la tête, occasionne généralement un travail plus long que celle qui est naturelle, l'on doit chercher à hâter le mouvement de rotation de la tête. Si on connaît de bonne heure cette présentation, il convient certainement de rompre les membranes, et de tourner le sommet, ce qui s'accomplit aisément. Si l'on a laissé échapper cette occasion, l'on peut encore agir avec efficacité en introduisant un ou deux doigts entre le côté gauche de la tête, près la suture sagittale ou près la tempe, et la symphyse pubienne, pour appuyer fortement pendant une douleur contre l'os frontal ou pariétal. Cette pratique ne fut pas inconnue à Smellie, et feu le docteur Clark dit qu'il réussit dans treize sur quatorze de ces présentations. Même dans les cas où la tête paraît plutôt se diriger avec le sommet vers le sacrum, j'ai réussi, quoiqu'il fût descendu assez bas pour que le nez fût sur la même ligne que l'arcade pubienne, à faire tourner la face dans la courbure du sacrum, avec tant de promptitude et tant de facilité, que la malade crut que je n'avais fait qu'un simple examen. Nous devons soutenir le front pendant une douleur au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, ou le pousser doucement en haut pendant l'absence de douleurs, afin de faire descendre le sommet.

2° La fontanelle ou la couronne de la tête peut aussi se présenter, quoique la face soit dirigée vers l'articulation sacro-iliaque. Dans ce cas-ci, on la sent de bonne heure, et, en suivant la suture coronale, l'on peut constater si les os frontaux sont devant ou derrière. Ce travail est nécessairement plus long que dans une présentation naturelle, mais petit à petit la tête devient plus oblique, et le sommet descend. On devra favoriser ce mouvement en supportant le front pendant une douleur, ou en le poussant en haut pendant l'absence des douleurs, et l'on conserve le terrain que l'on a gagné en supportant vigoureusement la tête avec le doigt pendant l'action de la matrice. Il peut même, dans quelques cas, être nécessaire d'introduire la main et de changer la position. Au reste, dès que le changement a été effectué, les douleurs deviennent efficaces, quoiqu'auparavant

elles aient plutôt agacé la malade que produit une impression quelconque. Si quelque accident imprévu exigeait que la délivrance fût hâtée, l'on conseille de faire la version, et à cet effet d'employer la main gauche si l'occiput se trouve sur la cavité cotyloïde gauche, et réciproquement. Mais cette opération est rarement requise.

3° La couronne de la tête peut aussi se présenter avec la face tournée vers le pubis ou le sacrum. Baudelocque et d'autres autorités ont admis que le grand diamètre de la tête peut correspondre au diamètre conjugué du bassin ; mais cette assertion a été démentie, et avec raison. En examinant, l'on trouvera que ces cas supposés, qui sont rares, sont simplement des positions écartant un peu de la ligne diagonale, le sommet étant par exemple sur le côté de la symphyse pubienne. Avec le temps, la tête deviendra généralement plus diagonale et descendra obliquement, mais il ne faut pas s'y fier. Il faut rectifier la position, car il n'est nullement difficile de mouvoir la tête avec le doigt, si l'on s'y prend de bonne heure. L'on peut même porter le front du pubis à l'articulation sacro-iliaque. L'opération est encore plus simple lorsque l'occiput est tourné vers le pubis, pourvu qu'on la pratique de bonne heure. Si cependant néglige de le faire, l'on trouve que dans quelques cas la tête entre dans le bassin, dans une direction primitivement défavorable, où elle s'arrête bientôt, et requiert l'emploi des instruments : car une résistance modérée affaiblit souvent l'action de la matrice que tout le monde a dû voir devenir tout-à-coup énergique, lorsque la résistance était ôtée.

4° Le côté de la tête peut se présenter, mais cela est si rare, qu'on l'a cru impossible. Dans ce cas là, on est longtemps avant de sentir la présentation, mais on la reconnaît par l'oreille. Si cependant elle a été long-temps comprimée dans le bassin, il est extrêmement difficile de déterminer le cas. Dans quelques exemples on a fait la version ; mais il vaut mieux rectifier la position de la tête en introduisant la main.

5° L'occiput peut se présenter, et l'on sent, à l'orifice utérin, la partie triangulaire de l'os ; on le reconnaît à sa forme triangulaire, à la suture lambdoïde, et à son rapport avec le cou. Le front s'appuie sur le bord d'un des muscles psoas, et, à cause de cette position oblique de la tête, le travail est long. On a proposé de faire la version ; mais, dans ce cas aussi, il vaut mieux rectifier avec la main la position de la tête en soulevant un peu l'occiput ; les seules forces de la nature suffisent toutefois pour terminer l'accouchement sans aucune assistance. Quelques-uns sont d'avis que la femme cherche, par un changement de position, à remédier à l'obliquité, en faisant incliner l'enfant de manière à agir sur la position de la tête ; mais cela n'a pas grand pouvoir pour changer la position de la présentation, du moins après que les eaux ont été évacuées.

6° Dans la présentation de la face, le menton est généralement tourné vers l'une des cavités cotyloïdes, plus souvent vers la droite que vers la gauche ; et le front, qui est ordinairement un peu plus bas que le menton, est dirigé vers l'articulation sacro-iliaque, du côté opposé. Dès le commencement du travail, l'on sent d'abord souvent le front, d'où La Motte nous dit que quoique d'abord il crût la présentation naturelle, cependant, lorsque les membranes se rompirent, la face descendit bientôt ; la partie supérieure de la joue droite entre l'apophyse zygomatique et le côté du nez, se présente à l'orifice de l'utérus. Les forces utérines continuées font descendre la tête ; mais le front est situé le plus bas. Le menton tourne graduellement en avant, tandis que le crâne, dans la même proportion, se meut dans la courbure du sacrum, et la partie qui se présente est la portion inférieure de la joue. Enfin, le menton fait un mouvement complet de rotation vers le pubis, et sort de dessous l'arcade pubienne, qui alors embrasse le gosier, tandis que le périnée glisse en arrière par dessus le crâne. Lorsque le menton sort de dessous l'arcade, la suture sagittale se trouve dans la courbure du sacrum, et son extrémité antérieure du côté de l'os frontal se trouve sur le dernier os du sacrum ou sur le premier du coccyx. Du menton au sommet du front, là où commencent les cheveux, il y a depuis trois pouces cinq huitièmes jusqu'à trois pouces sept huitièmes. Du menton au milieu de la suture sagittale, il y a quatre pouces et demi ; du menton à l'extrémité de cette suture, il y a quatre pouces trois quarts ; dans les têtes volumineuses, du menton à l'extrémité du sommet, il y a cinq pouces ; de la base du cou, près le sternum, jusqu'au sommet, lorsque la tête est courbée en arrière, il y a quatre pouces cinq

huitièmes : en comparant ces dimensions avec la capacité du bassin, l'on voit qu'il y a de l'espace pour le passage de la tête, quoiqu'il ne soit pas aussi aisé que lorsqu'elle se présente naturellement. Mais la solidité des os de la face, qui ne cèdent pas réellement, la forme de la partie qui se présente, la manière défavorable avec laquelle la tête passe à travers le bassin, la largeur du crâne entre les protubérances pariétales, qui a quelquefois près de quatre pouces, et qui ne descend pas aussi aisément et aussi promptement après le passage laborieux de la face, tout cela concourt à prolonger le travail. Cependant, il faut avouer qu'il y a des cas où le travail n'est point extrêmement difficile.

On reconnaît la face à ses traits, particulièrement au nez et à la bouche, mais par la longueur du travail, les parties deviennent gonflées et plus confuses ; de sorte qu'on l'a prise soit pour une présentation naturelle, soit pour les fesses. — En examinant sans précaution, l'on peut léser les traits ou même déchirer la peau ; et quelquefois, malgré toutes les précautions, la face, à sa sortie, est très-défigurée et même tout-à-fait noire, et tellement allongée, qu'on l'a vue avoir presque sept pouces. C'est ce qui arrive particulièrement lorsque le menton tourne vers le sacrum. Quelques enfants meurent asphyxiés par la compression continuelle exercée sur les veines jugulaires, qui obstrue la circulation. Les présentations de la face ont été attribuées quelquefois aux vomissements convulsifs, à la toux, aux touchers fréquents ; mais généralement l'on ne peut assigner aucune cause évidente. Dans les présentations de la face, on a conseillé de faire la version, et elle convient lorsque, les membranes étant encore intactes, il survient quelque accident du côté de la mère qui fait désirer que l'accouchement soit bientôt terminé, et qu'en même temps le bassin soit large, et que l'on espère que la tête suivra aisément le corps. Mais si rien ne presse, soit par faiblesse, soit par quelque autre état de la mère, soit du côté des douleurs, il vaut mieux se borner à rectifier la position de la tête elle-même, en soulevant le front, en tournant le sommet obliquement en bas, et en le dirigeant vers la cavité cotyloïde gauche. Si le travail est plus avancé, que la tête ait pénétré davantage dans le bassin, que les eaux aient été évacuées, on trouvera difficile d'opérer complètement le changement, et l'on peut se contenter de chercher à déprimer le sommet avec le doigt, et en même temps quelquefois l'on s'aidera du pouce pour refouler le front. Quelques accoucheurs emploient, à tort je crois, le levier pour déprimer le sommet ; d'autres pensent que toute intervention dans la première période est déraisonnable. Si la face est enfoncée davantage dans le bassin, il faut ne pas y toucher jusqu'à ce que le menton se dirige en avant vers le pubis ; alors, en le poussant plus en avant, nous facilitons le mouvement de rotation, et lorsqu'il est accompli, nous le laissons, en le déprimant, s'échapper plus facilement de l'arcade. Mais si la tête est descendue, et que par la largeur du bassin, ou à cause de la petitesse de l'enfant, ou de l'énergie de l'action utérine, le travail se fasse avec assez d'aisance, alors il ne faut nullement chercher à faciliter le passage. Comme dans ces cas-là le périnée est fortement distendu, il faut le supporter et retarder la sortie de la tête.

La face peut aussi se présenter avec le menton, dirigé vers une des articulations sacro-iliaques. Et dans ce cas-ci, on suppose que le menton, à la fin du travail, se dirigera vers le sacrum et se présentera au périnée. Mais l'on trouvera souvent que le front se dirige obliquement en arrière sur le plan incliné de l'ischion et sur le ligament sacro-sciatique, tandis que le menton se meut en avant ; de sorte qu'à la fin, il sort comme dans le cas précédent de dessous l'arcade pubienne. Mais, s'il se dirigeait en arrière vers le coccyx, le cas serait difficile ; il est plus aisé au front de faire son mouvement de rotation en bas vers l'arcade pubienne, qu'au menton de descendre en arrière, et l'on trouve qu'il peut plutôt se diriger en haut, le long de la courbure du sacrum ; et alors dans la même proportion le front roule en arrière. Le sommet descend et sort de dessous l'arcade pubienne : c'est ce qui explique comment la face quelquefois s'est convertie finalement en une présentation naturelle ; c'est ce qui fera aussi comprendre la pratique qui consiste, lorsque le menton est disposé à tourner en avant vers le pubis, soit à le favoriser dans ce mouvement, soit à le lui laisser faire tout seul, tandis que s'il se dirige vers le sacrum, et si le travail se prolonge, nous refoulons le menton en haut, et nous cherchons à faire descendre le sommet. — Il y a deux autres variétés de présentations

de la face, que l'on a énumérées, savoir : lorsque le menton est dirigé, soit vers le pubis, soit vers le sacrum, et que le grand diamètre de la face correspond au diamètre conjugué du bassin. Ces présentations existent rarement tout d'abord, ou autrement que comme la conclusion des deux premières présentations. Si l'on trouve une telle position à une époque peu avancée, il faut la rectifier en la convertissant, si c'est possible, en une présentation naturelle, sinon en dirigeant le front plus d'un côté que d'un autre (1).

SECTION VI. — *Du cordon ombilical.*

Quelquefois le cordon descend avant ou en même temps que la partie de l'enfant qui se présente. Ceci n'a aucune influence sur la marche du travail ; mais il peut avoir un effet mortel sur l'enfant, car si le cordon est comprimé fortement, ou pendant un espace de temps assez long, l'enfant périra aussi certainement que si la respiration était interrompue après la naissance. Si le cordon se présente avant la rupture des membranes, ou si l'orifice utérin est convenablement dilaté lorsqu'elles se rompent, et si le bassin est bien conformé, la pratique la plus sûre vis-à-vis l'enfant, c'est de faire la version. Mais, comme cette pratique est plus dangereuse pour la mère que le travail naturel, elle a été réprouvée par un grand nombre d'excellents praticiens. Je me suis décidé dans ma pratique pour tout cas particulier, d'après la facilité que j'espérais avoir pour opérer la version, car ce n'est pas tant la pression exercée par la main sur l'orifice utérin qui cause le danger, que les efforts qui sont faits, surtout les efforts partiels dans des places partieulières, pour combattre la contraction ou la résistance de la matrice. En refoulant le cordon par dessus la tête, et en cherchant à le placer de manière qu'il ne soit point comprimé entre la matrice et l'enfant, ni exposé à retomber, l'on a pensé qu'il y avait plus de sûreté qu'en faisant la version. Mais, quand bien même la main serait maintenue jusqu'à ce qu'une nouvelle douleur survienne et pousse la tête un peu plus bas, le cordon peut descendre en partie. On a en vérité proposé de refouler le cordon au-delà de la partie qui se présente, ou de l'accrocher sur un des membres ; mais s'il faut introduire la main aussi loin, il vaut mieux faire d'un seul coup la version (1). Si la version paraît être difficile à cause de l'évacuation des eaux, de la violence des douleurs, il est évident que nous devons nous contenter de refouler le cordon au-delà de la partie qui se présente, ou de cette partie de l'enfant qui la comprimerait dans le bassin, ou chercher à le placer dans un rapport tel, qu'il puisse échapper à toute compression. Si la tête est descendue assez bas, de manière à permettre l'application du forceps, il faudrait le faire, à moins que la marche ne fût rapide. Si l'orifice utérin n'est pas suffisamment relâché, il ne faut pas employer la force pour le distendre, et il n'y a rien à faire sinon de prévenir par le repos, autant que possible, l'évacuation de la liqueur amniotique. Si les pulsations du cordon sont arrêtées, et qu'au moyen du stéthoscope on trouve que le cœur a cessé de battre, alors on peut laisser le travail marcher sans avoir aucun égard au cordon. Quand la présentation n'est pas naturelle, il faut suivre aussi la même marche, et régler sa pratique d'après les règles générales applicables à ces accouchements. — Dans la pratique du docteur Clark, dans l'hôpital de Dublin, sur soixante-six cas dix-sept enfants naquirent vivants. Dans les cas rapportés par le docteur Collins, sur quatre-vingt-dix-sept, il y eut vingt-quatre enfants qui vinrent au monde vivants. Dans plusieurs des cas mortels, la présentation n'était pas naturelle ou l'enfant était en putréfaction.

SECTION VII. — *De la pluralité des enfants et des monstres.*

On a mentionné différents signes qui font découvrir la présence de plusieurs enfants dans l'utérus, avant leur déli-

(1) Le docteur Rambsbottom, p. 360, cite un cas de ce genre qui requit la perforation. Le front était au pubis, mais la plus grande partie de la tête était au-dessus du détroit supérieur.

(1) On a proposé de refouler le cordon en arrière, puis de le maintenir avec une éponge, et les faiseurs d'instruments ont inventé et figuré des procédés pour remplir ce but. Quelques-uns ont même conseillé de lier le cordon. Osiander, qui n'était pas certainement un théoriste, propose de loger le cordon au milieu d'une éponge, et de le replacer.

vrance, tels qu'un volume anormal ou une distension inégale du ventre, un mouvement extraordinaire au dedans de l'utérus, un travail très-lent, ou un second écoulement des eaux de l'amnios pendant la parturition. Le travail est souvent plus prolongé, et les douleurs sont sinon plus intenses, du moins plus agaçantes que de coutume. Au reste, ces signes sont si complètement trompeurs, qu'on ne peut y attacher aucune importance, et l'on ne peut généralement déterminer l'existence de jumeaux qu'après la naissance du premier enfant (1) Alors, en plaçant la main sur l'abdomen, l'on sent l'utérus volumineux (2) comme s'il contenait un autre enfant, et, en examinant par le vagin, l'on trouve qu'une seconde couche de membranes, ou quelque partie de l'enfant, se présente. Ce mode de recherches convient après tout accouchement (3).

Bientôt généralement dans l'espace d'un quart d'heure (4) après la naissance du premier enfant, il se fait sentir des douleurs comme celles qui expulsent le placenta, mais plus intenses, et leur effet n'est pas de l'expulser, car il est ordinairement gardé jusqu'à la naissance du second enfant. On ne doit pas donner connaissance à la mère de l'existence d'un second enfant, mais l'accoucheur doit faire tranquillement son examen, et constater la présentation. Si elle est telle qu'elle n'exige aucun changement, et que le travail pour le premier enfant n'ait pas été long ou pénible, il doit laisser ce dernier marcher selon les règles de l'art, et généralement l'expulsion se fait promptement. Le plus qu'il est permis ou qu'il est nécessaire de faire dans un pareil cas, c'est de rompre les membranes. Si cependant l'accouchement du premier enfant avait été long et l'utérus fatigué, il vaudrait mieux d'un seul coup, même dans une présentation naturelle, faire la version; mais il ne faut nullement hâter l'expulsion, mais la laisser se prolonger et s'accomplir par l'action de la matrice, jusqu'à ce que le cordon soit en danger d'être comprimé. Si le premier enfant présente la tête, le second présente généralement les fesses ou les pieds et réciproquement. Mais quelquefois le premier présente les bras, et dans ce cas-là, quand nous opérons la version, nous devons prendre garde de saisir les pieds du même enfant. Après la naissance de celui-ci, nous devons introduire de nouveau la main pour chercher les pieds du second enfant, que l'on descendra dans le vagin, mais il ne faut pas hâter la délivrance. — Il arrive quelquefois qu'après la naissance du premier enfant, les douleurs se suspendent, et il se passe plusieurs heures, ou même des jours entiers avant que le second ne vienne au monde. Bien plus, il y a des exemples authentiques où il s'écoula plusieurs semaines : or, c'est très-embarrassant pour la mère et pour l'accoucheur. Elle doit reconnaître qu'il se passe chez elle quelque chose d'extraordinaire; le praticien doit craindre qu'une hémorrhagie ou que quelque autre symptôme dangereux ne survienne. La première règle à observer, c'est que l'accoucheur ne doit point quitter pour aucun motif la malade jusqu'à ce qu'elle soit délivrée. La seconde a rapport au temps de la délivrance. Quelques auteurs ont conseillé d'abandonner entièrement le cas aux efforts de la nature (1), tandis que d'autres recommandent une prompte délivrance. La pratique la plus sage, si la tête se présente, repose entre les deux opinions. S'il ne survient pas des douleurs efficaces au bout d'un quart d'heure, on devra provoquer la contraction utérine en frie-

(1) On a employé le stéthoscope pour constater si l'on entendait le bruit du cœur en deux endroits ou seulement en un.

(2) Dans un cas rapporté par M. Aitken, on sentit l'utérus après la sortie de l'enfant, large et dur, comme s'il contenait un autre enfant, mais l'on ne put en découvrir aucun. Dans l'espace d'une quinzaine, la tumeur disparut graduellement. (*Med. comment.*, vol. II, p. 300.)

(3) Dans l'hôpital de Dublin, plus de la moitié des enfants étaient mâles.

(4) Dans l'hôpital de Dublin il y eut un plus grand nombre de seconds enfants qui naquirent au bout d'un quart d'heure, qu'avant ou après ce temps; ensuite au bout de cinq minutes, puis d'une demi-heure, puis de dix minutes, puis de vingt. Quatre femmes sur deux cent quarante mirent dix heures à accoucher de leur second enfant.

(1) Il y a un cas qui est rapporté dans le *Bulletin de la faculté* pour l'année 1818, p. 6, où un second enfant fut extrait par le forceps après l'intervalle de plus d'un jour. Le forceps fut-il nécessaire dans le premier accouchement? D'après quel principe peut-on justifier un tel retard?

tionnant doucement avec la main la tumeur abdominale. Si cela n'excite pas efficacement les douleurs, dans l'espace d'une heure, et si aucune circonstance n'empêche d'intervenir, on devra rompre la seconde couche des membranes, et extraire l'enfant par la version, à moins que l'on ne sente descendre la tête en introduisant la main, ou qu'il n'y ait quelque autre indice d'une forte action qui commence. Le forceps est rarement nécessaire ; car, si la tête est descendue assez bas pour permettre son application, l'accouchement devra probablement se terminer sans aucune assistance. Si le second enfant se présente de manière que les pieds soient près de l'orifice utérin, comme par exemple dans la présentation des fesses, ou de quelque partie des extrémités inférieures, alors il faut avec précaution, mais sans délai, amener les pieds dans le vagin et abandonner ensuite l'expulsion à la nature si rien ne l'empêche.

Si cependant la position du second enfant était telle qu'elle réclamât la version, il ne faudrait pas perdre de temps, mais introduire la main dans cette intention avant que les eaux de l'amnios ne soient évacuées ou que l'utérus ne commence à agir fortement sur l'enfant. La version, dans de pareilles circonstances, est généralement facile. — S'il survient une hémorrhagie, des convulsions, ou d'autres symptômes dangereux entre la naissance du premier et celle du second enfant, il faut hâter l'accouchement quelle que soit la présentation, et le conduire d'après les principes généraux. — Lorsqu'il y a plus de deux enfants, la femme arrive rarement à neuf mois, et les enfants ne vivent que très-peu de temps. Il n'y a rien de particulier dans la conduite à tenir dans de pareils accouchements.

Il reste encore à observer que nous devons faire la plus grande attention à l'expulsion des placentas des jumeaux, à cause de la distension de la matrice et du prolongement de son action pour expulser deux enfants. Il y a plus à craindre que d'ordinaire d'une hémorrhagie utérine ; on devra maintenir la malade dans le repos et au milieu d'un air frais ; on exercera à l'intérieur, avec la main, une compression modérée sur la matrice, ou bien l'on fera de douces frictions, et l'on ne devra point se permettre aucune tentative pour extraire les placentas, en tirant sur les cordons. S'il survient une hémorrhagie, alors il faudra introduire la main pour provoquer l'action de l'utérus, et on extraira à la fois les deux placentas. L'application du bandage et les autres moyens devront être employés avec précaution dans la crainte d'exciter une hémorrhagie. — Les placentas sont souvent liés ensemble, et par conséquent ils sont naturellement expulsés à la fois. Mais ceci n'ajoute rien à la difficulté de l'opération. Quelquefois ils sont séparés, et l'un est expulsé avant l'autre, ou bien il peut arriver que le placenta du premier enfant est expulsé avant que le second enfant ne soit né. Mais ceci est très-rare et nullement à désirer. — Les femmes qui ont mis au monde des jumeaux sont plus exposées que les autres aux maladies puerpérales, et par conséquent elles doivent être surveillées avec soin. Il est rare qu'elles puissent sans en souffrir allaiter les deux enfants. — Il est arrivé que lorsque le premier enfant présentait les pieds, la tête du second descendait dans le bassin avant celle du premier qui restait au-dessus d'elle, et ne pouvait être dégagée sans grande difficulté. Il y a peu d'espoir dans ce cas-là que l'enfant naîtra vivant, et, comme l'on ne peut refouler la tête du second enfant, on a proposé de séparer le corps de l'enfant qui faisait saillie, ce qui permettrait l'expulsion du second enfant, soit par les forces de la nature, soit par l'emploi du forceps, après quoi l'on pourrait extraire la tête qui aurait été séparée. M. Allan, qui a proposé la méthode que l'on vient d'indiquer, a publié un cas où les deux têtes furent expulsées à la fois par une forte douleur (1). On a dit que l'on avait trouvé à la fois les deux têtes dans le bassin, et qu'elles avaient été expulsées l'une après l'autre. Dans de grandes difficultés, on peut employer le perforateur. Il se peut que les deux enfants adhèrent entre eux ou que l'un des enfants ait quelque organe surajouté qui appartienne au second, comme par exemple un bras ou une tête. Ces cas de monstruosités peuvent produire de grandes difficultés dans l'accouchement, et le principe général à suivre doit être, lorsque l'obstacle est très-grand et ne cède

(1) Voir *Med. and chir. trans.*, vol. XII, p. 336, un cas rapporté par le docteur Clough dans le *Med. and phys. journ.*, et par M. Fryer dans Dublin, *Med. trans.*, p. 143 : la tête du second enfant sortit la première.

pas à la force que l'on peut employer sans danger, de tirer à soi la partie qui fait saillie, ce qui produit une séparation ordinairement de la partie qui faisait saillie, et l'on fait ensuite la version (1) si elle est nécessaire, à moins que le bassin ne soit extrêmement mal conformé; on pourra extraire même un enfant double en perforant les cavités ou en faisant les séparations les plus urgentes et en employant, soit la main, soit le forceps ou le crochet, suivant les circonstances. Une difformité à un haut degré peut rendre nécessaire l'opération césarienne. Quant aux enfants qui sont monstrueux par un manque de parties, je saisis la présente occasion pour faire observer qu'il ne peut y avoir aucune difficulté dans la délivrance, excepté pour constater la présentation si la difformité existe à un haut degré, comme par exemple dans les enfants acéphales.

CHAPITRE V.

DE L'ACCOUCHEMENT LABORIEUX.

SECTION Ire. — *De l'accouchement laborieux causé par quelque imperfection ou quelque irrégularité dans l'action musculaire.*

Si les forces expulsives de l'utérus sont diminuées, ou si la résistance au passage de l'enfant est augmentée, le travail doit se prolonger au-delà du temps ordinaire, ou il doit s'ensuivre des douleurs plus fortes que de coutume. — L'accouchement laborieux peut se présenter dans trois circonstances différentes; 1° les douleurs peuvent être dès le commencement faibles ou rares, et le travail peut être long dans sa marche; 2° les douleurs, pendant la première période, peuvent être aiguës et fréquentes, mais sans efficacité; la conséquence est que l'utérus est épuisé avant que la tête de l'enfant ne soit entièrement entrée dans le bassin, ou ne vienne dans une position à être expulsée; 3° les douleurs, pendant tout le cours du travail, peuvent être fortes et énergiques, mais l'accouchement peut être long-temps arrêté par quelque obstacle mécanique, et il peut même être nécessaire de recourir à la force artificielle.

Je dois établir d'avance que la même malade, dans différents accouchements, sera délivrée avec une promptitude et une facilité différentes, quoique le volume des enfants soit le même. La longueur ne peut donc dépendre simplement de causes mécaniques, mais elle doit être attribuée à la résistance qu'apportent les parties molles, comme organes vivants, et l'action des fibres de l'utérus. L'expulsion de l'enfant dépend de la contraction de la matrice, du relâchement de son orifice, de celui du vagin et des muscles en rapport avec le périnée; or ces deux états ne sont pas influencés l'un par l'autre, mais ils sont généralement proportionnés l'un à l'autre. Un relâchement prompt et facile produit une contraction rapide et forte, que l'on ne doit point mesurer ni déterminer d'après le degré de la douleur ou de la sensation, mais par son efficacité. Une contraction énergique de l'utérus est accompagnée proportionnellement d'un prompt relâchement des parties molles qui résistent, ou du moins de l'orifice utérin; et si le dernier état n'a pas lieu, le premier ne peut aisément exister. Lorsqu'une assis-

(1) Dans le septième volume du *Nouv. journ.*, p. 164, l'on trouve un cas où deux enfants naquirent à neuf mois, étant unis par la partie inférieure du ventre, du centre de laquelle naissait le cordon; les colonnes vertébrales se touchaient presque à la partie inférieure; les deux enfants, qui étaient de différents sexes, vécurent, dit-on, douze jours, mais l'on ne dit rien sur le travail. Dans les *Bulletins pour l'année* 1818, p. 2, on rapporte que deux enfants, qui étaient réunis par le dos au sacrum, naquirent et vécurent jusqu'au neuvième jour. Le premier enfant présenta la tête, mais la sage-femme ne put bien expliquer comment naquit le second enfant. Il y a un autre cas à la page 32, où une femme, après un travail de plusieurs jours, mit au monde un enfant double dans les parties supérieures. La colonne épinière était réunie depuis le sacrum jusqu'au sommet des vertèbres dorsales; là les vertèbres cervicales se bifurquaient pour former deux cous. La sage-femme, trouvant que la tête se présentait en même temps que le cordon et une main, chercha à opérer la version, mais ni la nature ni l'art ne purent faire sortir le corps. M. Ratel, trouvant la tête et les deux bras presque déjà séparés du corps, coupa ces parties, puis, introduisant la main, il trouva une autre tête, fit la version et retira toute la masse.

tance mécanique semble provoquer une action plus fréquente et plus rapide; c'est plutôt en apparence qu'en réalité, pour ce qui regarde la matrice. La sensation peut être plus grande, mais l'effort réel exercé par l'utérus n'est pas toujours aussi grand que l'indiquerait la sensation. Les muscles abdominaux agissent plus puissamment, et sans doute l'utérus lui-même finit par se réveiller, ou par être provoqué à agir fortement, lorsque la résistance est prolongée, comme par exemple, par un bassin rétréci ou par une mauvaise position de l'enfant. La malade dit qu'elle sent comme si elle allait *crever*, et dans quelques cas l'utérus est réellement divisé, mais dans un plus grand nombre l'inflammation est la conséquence des efforts. Néanmoins, même dans cette espèce de résistance qui ne dépend pas de l'orifice utérin, il est d'ordinaire que l'action de la matrice s'arrête dès le commencement. La première période du travail est lente et les douleurs inefficaces; mais c'est ce qui arrive d'une manière plus évidente, lorsque la résistance est placée dans l'orifice utérin, car alors, quoique les douleurs soient fortes, elles sont long-temps avant de devenir efficaces. Alors les muscles abdominaux coopèrent puissamment, en poussant la matrice ainsi que la tête dans le bassin. C'est ce que démontrent particulièrement les cas d'une contraction morbifique ou d'une oblitération de l'orifice utérin.

Différentes causes peuvent prolonger le travail, et quoique je juge convenable de diviser l'accouchement laborieux en deux ordres, cependant il peut arriver que les causes agissent de manière à rendre le cas mixte, se rapportant en partie aux deux divisions. Elles peuvent être rangées sous les titres suivants: 1° action faible ou paresseuse et languissante de la matrice; 2° action partielle ou spasmodique de l'utérus; 3° action restreinte, lorsque la matrice est empêchée d'être mise en action par quelque autre cause; 4° un obstacle extraordinaire à la sortie de l'enfant. Ces états ou ces causes peuvent être provoqués par des circonstances qui, sous un grand nombre de rapports, diffèrent l'une de l'autre, ce qu'au premier abord nous supposerions agir d'après un seul principe. Nous allons considérer séparément les plus importantes.

Quand nous passons en revue les moyens que nous possédons pour contrebalancer ces causes, et pour accélérer le travail, afin de choisir le plus convenable au cas que nous avons sous les yeux, on peut les ramener aux suivants. D'abord, diminuer la résistance ou favoriser le relâchement, ce qui augmente la contraction. Sous ce titre l'on peut ranger la saignée, la dilatation modérée de l'orifice utérin, la rupture des membranes, l'amélioration de la position des parties qui se présentent; secondement, provoquer l'action de la matrice, en stimulant ses fibres, directement ou par sympathie. Dans cette classe on peut comprendre l'effet des cordiaux administrés avec prudence, la chaleur, l'exercice modéré, les lavements, les vomissements spontanés. Les frictions produisent aussi un bon effet, en excitant l'action de la matrice après que son orifice est dilaté, ou à peu près. Troisièmement, suspendre l'action faible et inutile, ou fatigante de l'utérus, par un anodin convenable, afin que les forces de la matrice et de l'économie puissent se réparer par le repos. Quatrièmement, enlever l'action partielle ou spasmodique par une forte dose d'opium. Cinquièmement, diminuer la grande excitation du système nerveux et vasculaire, marquée par la chaleur de la peau, la fréquence et l'agitation du pouls, la confusion dans les idées et par le délire, en employant à propos la saignée, en procurant un air frais et en tranquillisant l'esprit de la malade. Sixièmement, calmer l'irritation générale de l'économie, qui se mêle à l'action individuelle de la matrice, par une dose petite ou modérée de laudanum, et par là concentrer l'action vitale dans l'utérus, en la faisant précéder de la saignée, si elle est indiquée par l'état du système vasculaire. Le laudanum, dans ce cas, semble produire l'effet d'un stimulant sur les fibres utérines, comme l'ergot de seigle. Septièmement, enlever toute action anormale des autres parties qui agissent à la place de l'utérus, et arrêter ou subjuguer son action d'après le principe de la sympathie de l'équilibre, à laquelle j'ai déjà fait allusion, et que j'ai expliquée plus au long dans un autre ouvrage. Huitièmement, si aucun de ces moyens ne sont applicables ni efficaces, il ne reste plus alors qu'à recourir à ceux qui sont artificiels, ou aux instruments. Après avoir fait ces remarques générales, je vais procéder à l'examen des états particuliers.

Le premier à noter est celui qui dépend d'une action faible ou inefficace

des fibres utérines. Il peut être occasionné par une débilité ou une torpeur générale, mais le plus souvent il provient de l'état de l'utérus lui-même. Il est marqué par de faibles douleurs, qui dilatent lentement l'orifice utérin, et sont longtemps avant de pousser la tête dans le bassin. Mais, quoique les douleurs soient faibles, elles peuvent produire autant de sensation que d'ordinaire, car elle est en rapport plutôt avec la sensibilité qu'avec la vigueur de la malade. Cependant il est d'ordinaire, lorsque le travail est prolongé par cette cause, que les douleurs soient moins vives que dans l'accouchement naturel. Elles peuvent survenir beaucoup plus rarement, ou si elles sont fréquentes, elles peuvent durer beaucoup moins long-temps et être moins aiguës. Toutes les périodes du travail sont quelquefois également lentes; mais, dans la plupart des cas, le retard survient principalement dans l'une d'elles, généralement dans la première, si la cause existe surtout dans l'utérus. Si cependant elle provient d'une faiblesse générale, l'on trouve souvent que si la première période dure long-temps, les forces sont par là tellement épuisées, que la seconde s'accomplit avec difficulté. De là, quoique les femmes phthisiques aient souvent une prompte délivrance, cependant si la première période a été lente, la tête souvent ne peut être expulsée sans le secours de l'art. Il n'est pas toujours facile de dire quelle est la cause de cette action lente de la matrice. Quelquefois elle provient de ce que la contraction a commencé trop tôt ou parce que les membranes se sont rompues de très-bonne heure, et que les eaux se sont échappées goutte à goutte, ou parce que quelque autre organe est devenu trop actif, ou parce que l'utérus est trop distendu par la liqueur amniotique ou par plusieurs enfants, ou parce que la crainte ou d'autres passions de l'âme ont réagi sur l'utérus, ou elle naît d'une torpeur des fibres utérines, combinée souvent avec une constitution molle et lymphatique, ou avec un tempérament disposé à l'embonpoint, ou d'une faiblesse générale de l'économie.

Dans un état de souffrance et d'anxiété, l'esprit est apte à exagérer tous les maux, à prévoir des dangers imaginaires, à se porter à la mauvaise humeur ou au désespoir, et à demander avec une impatience déraisonnable des secours que l'on ne peut apporter avec sûreté. Il faut de la part de l'accoucheur beaucoup de patience, de soins et de jugement, pour, en même temps qu'il traite sa malade avec cette douceur, ces tendres encouragements que lui dictent l'humanité et la politesse, rester ferme dans son devoir, et ne point se laisser entraîner par les craintes et les supplications de sa malade, ni par l'idée sordide d'épargner son propre temps.

Quelques femmes paraissent naturellement avoir un travail long, à cause de la lenteur habituelle. Dans ces cas là, à moins que le travail ne soit convenablement prolongé, ou accompagné de circonstances qui réclament notre intervention, il n'est ni utile ni convenable de faire autre chose que d'encourager la malade à conserver ses forces. — On a employé dans un temps différents moyens pour exciter l'action de la matrice, tels qu'une dilatation forcée de l'orifice utérin, et l'emploi des émétiques, des purgatifs ou des stimulants. Maintenant il règne heureusement une pratique bien différente; la malade est maintenue dans un état de fraîcheur et de tranquillité, et on lui permet de se reposer, seulement on lui accorde les aliments les plus légers, tels que la panade, du pain rôti avec du thé, du gruau, une soupe très-faible, etc. On doit défendre tout effort qui fatigue, et on doit encourager la femme plutôt par les stimulants de l'âme, tels que la gaieté et l'espérance, que par les vins et les cordiaux, qui sont généralement pernicieux, et en vérité les femmes qui en prennent le moins pendant leur travail supportent mieux les douleurs de l'enfantement. Mais tandis que dans les cas où le travail n'est qu'un peu prolongé et que les causes ne sont pas bien marquées, nous nous reposons entièrement sur ce traitement, en y ajoutant un lavement salé (1), qui est très-utile et qui doit être rarement négligé; cependant lorsque le travail traîne plus long-temps, il est permis et peut-être nécessaire d'employer d'autres moyens.

Les douleurs, dans l'accouchement laborieux qui dépend d'un manque d'action de la part de la matrice, peuvent continuer d'être régulières, mais elles sont faibles, non pas par épuisement,

(1) Le docteur Hamilton rejette l'emploi des lavements dans la supposition qu'ils épuisent plutôt qu'ils ne font du bien.

mais plutôt parce que la matrice ne développe pas toutes ses puissances, ou parce qu'elle a tendance à se relâcher à cause du peu de fréquence des douleurs. C'est tout-à-fait une erreur de supposer qu'une action défectueuse et restreinte, comme on l'appelle, dépend nécessairement d'une faiblesse de l'utérus. Un très-petit obstacle, comme je le dirai dans un instant, peut enchaîner, si je puis m'exprimer ainsi, les efforts de la matrice. S'il y a de la chaleur à la peau, un pouls plein avec de la soif, de l'agitation, et peut-être des convulsions, surtout si l'orifice utérin n'est pas relâché, et si les parties ne sont pas resserrées ou rigides, la saignée sera d'une grande utilité, en faisant agir la matrice avec plus de liberté et en relâchant son col avec une grande facilité. Depuis long-temps Mauriceau avait conseillé la saignée, et Baudelocque, ainsi que la plupart des auteurs praticiens, ont confirmé son utilité. Feu le docteur Rusch m'a dit qu'en Amérique on en retirait de grands avantages, et le docteur Dewees a publié un petit traité sur ce sujet. Dans quelques cas on a tiré cinquante onces de sang avant que les parties fussent relâchées, mais je pense qu'il est dangereux de saigner autant. L'on sait que dans la plupart des cas d'hémorrhagie utérine, l'orifice utérin, même lorsqu'il n'y a point de travail réel et qu'il y a à peine quelque douleur, n'est pas seulement dilatable, mais dilaté en partie. Dans ce cas cependant, l'on ne peut retirer aucun avantage de l'évacuation sanguine, car la perte trouble et affaiblit toutes les forces de l'utérus, et plus l'orifice utérin est dilaté, plus la quantité de sang qui s'écoule augmente; en outre l'écoulement sanguin a lieu ordinairement avant que le travail ne commence, et les douleurs n'arrivent que lorsque la perte de sang les provoque. Ceci nous fait voir cependant l'influence de l'hémorrhagie pour relâcher l'orifice utérin, et si on peut le faire sans diminuer les forces de la matrice, l'on possède certainement un puissant moyen de hâter le travail. La saignée fait dans certains cas obtenir ce résultat. Dans ceux où les parties par où l'enfant doit passer sont rigides ou sèches, chaudes ou tendres, ou lorsque les douleurs sont fortes, mais irrégulières et inefficaces, ou lorsqu'après la rupture prématurée des membranes, elles sont aiguës, mais impuissantes, et lorsque l'orifice utérin est épais ou dur, ou que la malade a de la fièvre, la saignée ne présente aucun danger et peut faire du bien; l'on sait qu'on peut la pratiquer avec sûreté, d'après l'expérience des âges précédents et des autres pays, aussi bien que d'après le résultat obtenu dans les cas de convulsions, où l'on a retiré une grande quantité de sang, avec un avantage pour le présent et toute sûreté pour l'avenir. C'est toutefois un remède qui, employé sans prudence, peut causer bien du mal. Chez les femmes affaiblies et dans les cas de consomption, par exemple, elle doit être dangereuse; ou bien lorsque la résistance est apportée par un bassin rétréci, toutes choses étant égales d'ailleurs, et dans toute constitution, et dans toute circonstance où il ne serait pas convenable de pratiquer la saignée, il est évident qu'elle serait nuisible, à moins que nous ne puissions épargner par elle à la malade des efforts prolongés et une grande fatigue. Dans l'accouchement naturel, la saignée n'est ni nécessaire ni convenable; dans le travail qui n'est pas très-prolongé ni extrêmement douloureux et lent dans sa marche, on ne doit pas l'employer, il vaut mieux dans ces cas-là recourir à l'emploi des lavements, à un doux exercice et au changement de position ou au sommeil, s'il s'offre naturellement et si la malade a besoin de réparer ses forces.

L'effet qu'a la saignée d'abréger le temps du travail, et de rendre les douleurs plus fortes dans beaucoup de cas, doit être expliqué par le pouvoir qu'elle possède de relâcher les parties et de diminuer la résistance offerte. C'est un fait auquel on ne fait pas assez d'attention, que, dans beaucoup de cas, une résistance très-légère que l'on croirait pouvoir être surmontée aisément par la matrice, retarde la marche du travail, et rend les douleurs irrégulières ou inefficaces. Ainsi, je sais par expérience que les membranes peuvent être tellement épaisses qu'elles ne cèdent pas aisément, et, dans ce cas là, les douleurs deviennent moins efficaces, et le travail se prolonge jusqu'à ce qu'elles soient rompues. Aussitôt que la résistance est ôtée, les douleurs deviennent fortes et efficaces. De même la saignée, en relâchant l'orifice utérin, excite les fibres utérines à agir plus fortement. Tel est l'effet direct de la saignée, mais elle assure aussi la vie, et ensuite elle accélère la délivrance en enlevant l'état fébrile qui existe, ou l'excitation générale qui trouble l'accomplissement convenable de l'action utérine.

En outre, on ne peut contester que l'utérus doit être influencé par l'état de ses nerfs, et je prie le lecteur de se rappeler qu'il peut y avoir un état maladif de ces nerfs, qui peut céder à la saignée, et cet état, quoique se rapportant à l'excitation, peut retarder au lieu d'augmenter la contraction musculaire; les nerfs ou la division des nerfs destinés à la sensibilité sont plus affectés que ceux d'où dépendent les contractions utérines. — Une solution émétisée a été employée par quelques praticiens dont j'ai une haute opinion. Mais je n'ai pas grande confiance dans ce médicament, surtout dans les accouchements. On a proposé l'infusion d'ipécacuanha. — Quand les douleurs reviennent à de longs intervalles et ont très-peu d'effet, tout en fatiguant la malade, il faut examiner l'état de l'orifice utérin et des parties molles. S'il est épais, peu dilaté, que le vagin soit rigide, il faut soit calmer et temporiser, ou, si la malade n'est point délicate ni faible, tirer un peu de sang. Si ce moyen échoue ou qu'il ne soit pas convenable, et que les douleurs soient toujours fortes mais sans efficacité, il faut agir suivant l'état de l'orifice utérin. S'il est peu dilaté, et que les selles soient régulières, il faut chercher à suspendre les douleurs inefficaces en donnant quarante gouttes de laudanum, ou un lavement contenant une petite cuillerée de laudanum mêlé avec de l'amidon lu, ou bien un suppositoire de trois grains d'opium mou. S'il y avait de la constipation on devrait faire précéder l'application du médicament par un lavement salé. Si la malade sommeille, il faut la laisser dormir, et, pendant la durée du travail, éviter tout ce qui pourrait l'exciter, la maintenir dans une atmosphère fraîche, et ne lui permettre qu'une petite rôtie, un peu de thé, ou les aliments les plus légers. Quelquefois les doses de laudanum, au lieu de suspendre la douleur, la rendent forte, et les parties finissent par céder, ce qui est aussi à désirer.

Si l'orifice utérin est dilaté, mais que les douleurs soient faibles, rares et inefficaces, l'on juge rarement convenable de saigner, et certainement il ne le faut pas, à moins que le vagin ne soit resserré ou sec et la malade robuste. D'autres moyens sont plus utiles, tels qu'un lavement salé, qui souvent provoque le travail. On a conseillé un doux purgatif, mais il est plus lent et plus incertain dans ses effets. Une dose modérée de laudanum est souvent utile et toujours innocente, à moins que la malade ne puisse le supporter. On peut en prescrire vingt gouttes, et dix autres s'il n'agit pas au bout de deux heures. Et cette petite dose agit, si toutefois cela a lieu, comme stimulant sur la matrice, par l'intermédiaire de ses nerfs, et aussi par la sympathie qu'ils ont avec ceux de l'estomac. En moins d'un quart d'heure il y a souvent un effet produit; on peut aussi, si cela est préférable, en donner trente ou quarante gouttes en lavement. — Quand l'orifice utérin est bien dilaté, lorsque ses lèvres sont minces, et la présentation naturelle, l'on peut aussi tirer un grand avantage de l'emploi des frictions pendant les douleurs. En général, elles réussissent en proportion des progrès que le travail a faits. La meilleure manière de les faire, c'est de placer la main à plat sur la région de l'utérus, particulièrement sur la partie supérieure, et de faire mouvoir les parois abdominales en avant et en arrière par-dessus la matrice. On ne déplace pas la main de manière à frotter la peau, mais on la maintient fixe à la même place, de manière à faire mouvoir la peau dans ses mouvements. On ne doit pratiquer les frictions que pendant la durée d'une douleur, lorsque l'on sent la matrice devenir dure, et l'on peut agir successivement sur ses différentes parties, particulièrement sur celles que l'on sent les plus molles, elle produit souvent un effet marqué pour rendre les douleurs plus uniformes et plus efficaces; mais comme aussi elle augmente le sentiment de la douleur elle est sujette à caution. Si elle doit faire du bien, cela arrive bientôt.

Lorsque toutes les parties sont bien disposées pour la sortie de l'enfant, que les lèvres de l'utérus sont minces et molles, que l'ouverture est considérable, l'écoulement des eaux a souvent produit un bon effet, si l'utérus était extrêmement distendu. Je ferai remarquer bientôt les inconvénients qui résultent souvent de l'écoulement prématuré des eaux; mais dans les circonstances présentement énumérées, la rupture des membranes est utile. En ôtant en temps opportun la résistance qui se présente, on provoque puissamment l'action de l'utérus, et l'on favorise le travail. Si l'orifice utérin est relâché, surtout si ses bords sont minces et mous, et que l'ouverture soit considérablement dilatée, cette pratique produirait les mêmes effets que la sai-

gnée dans les cas d'une plus grande rigidité; car toutes les deux provoquent le travail en diminuant la résistance. Plus l'orifice utérin sera dilaté au-delà de la largeur d'un écu, plus cette pratique, toutes choses égales d'ailleurs, sera utile. D'un autre côté, lorsque l'orifice utérin est ferme et peu dilaté, et que les autres parties molles sont rigides, cette pratique, bien loin d'être utile, est nuisible et dangereuse. L'évacuation des eaux est suivie d'une action plus énergique, circonstance qui, en montrant l'avantage de cette pratique dans le cas dont il s'agit, la proscrit dans l'accouchement naturel, lorsque le travail se fait avec une régularité et une promptitude conformes aux vues de la nature et à la sûreté de la femme. — La position verticale est un autre moyen qui agit en partie d'après le même principe, car il met à profit le centre de gravité, ajoutant la pression de l'enfant à l'action de la matrice; on laisse couler librement les eaux, et l'application continuée des parties sur l'orifice utérin qui se dilate, provoque l'action de la matrice. L'enfant doit être assurément expulsé plus aisément lorsqu'il est dans une position telle qu'il puisse tomber par son propre poids, s'il n'était pas retenu par les parties molles, que s'il était placé sur une surface horizontale, et qu'il fallût qu'un effort musculaire le fit glisser le long de cette surface comme cela arrive dans la position horizontale. La différence dans la facilité devient donc un véritable stimulus. En outre, les mouvements musculaires, ou la marche que l'on fait dans la position verticale, soulage, soit en excitant directement la matrice, soit en enlevant les douleurs sympathiques existant dans les muscles. — Si les eaux se sont écoulées depuis quelque temps, soit naturellement, soit artificiellement, et que l'orifice utérin ne soit pas large, et cependant qu'il soit relâché, mou et mince au point de s'appliquer intimement sur la tête de l'enfant, si enfin il cède facilement, il est à la fois sûr et avantageux de le dilater doucement avec les doigts pendant la douleur. Si cette opération est faite avec précaution, elle ne cause point un nouveau surcroît de gêne, tandis que ce stimulus semble diriger l'action des fibres utérines, plus efficacement vers l'orifice utérin, et par là quelquefois la tête de l'enfant se dégage très-vite, et les douleurs qui auparavant étaient intenses, mais selon le dire de la malade, non naturelles et ne faisant aucun bien, deviennent efficaces et moins vives quoique plus utiles. Je ne donne pas cependant cet avis dans l'intention de sanctionner des tentatives téméraires et non nécessaires pour dilater l'orifice utérin, qui, quelquefois, rendent le travail plus long en interrompant la marche naturelle, et qui laissent le germe d'affections inflammatoires pour l'avenir. Nous ne devons pour aucune raison ni employer de la force, ni même continuer pendant un certain temps des tentatives faites avec douleur, qui finissent par irriter l'orifice utérin. Ensuite, si les douleurs sont irrégulières et suivies d'une peine prolongée dans le dos, si l'état de l'orifice utérin n'indique pas la saignée, on peut donner avec avantage quarante gouttes de laudanum.

Dans le cas que je viens de considérer, j'ai parlé des effets de la dilatation de l'orifice utérin; mais je ne veux pas dire que la pratique soit utile dans ce cas seul; dans la plupart de ceux d'un travail laborieux, elle est utile, et comme le sujet est important je vais expliquer entièrement mon opinion sur ce point. Une dilatation forcée et irritant l'orifice utérin, même lorsqu'elle n'est pas suivie de conséquences dangereuses, occasionne souvent une action irrégulière et des spasmes de la matrice. Deux circonstances sont nécessaires pour faire avec sûreté la dilatation : l'orifice utérin doit être déjà considérablement ouvert, ses bords doivent être relâchés, dilatables, et généralement parlant, minces; et la dilatation doit être effectuée graduellement et avec douceur pendant la durée d'une douleur naturelle. Si on cherche à la faire en l'absence d'une douleur, et surtout si elle est pratiquée de manière à causer de la douleur, elle est sujette à provoquer une action partielle ou spasmodique; et dans toutes les circonstances une dilatation violente ou forcée, outre qu'elle trouble l'action utérine, peut encore établir les fondements d'une maladie future. La meilleure manière de la pratiquer, c'est de presser avec deux doigts, pendant une douleur, sur la lèvre antérieure de l'orifice utérin, avec une force assez modérée pour ne pas augmenter les douleurs, et pour paraître autant provoquer la dilatation naturelle que produire une ouverture artificielle; en pratiquant cela successivement pendant plusieurs douleurs, ou de temps en temps pendant une douleur,

suivant l'effet qui est produit, et suivant la disposition du col à céder, on le verra bientôt s'effacer complètement. C'est un vieux principe, mais il a été mis en pratique avec témérité, et il a été adopté trop universellement pour ne pas encourir une juste réprobation; et quelques auteurs en ayant eu connaissance peuvent être étonnés de trouver un pareil avis dans les temps modernes. Le principe ne doit point souffrir de l'abus qu'on en a fait, autrement quelle est la méthode qui pourrait résister? Il est parfaitement entendu que, lorsque le travail marche bien, il ne convient pas d'intervenir; mais il n'est pas moins évident que si la nature met long-temps à accomplir la première période du travail, ou la dilatation de l'orifice utérin, l'énergie de la matrice et les forces de la malade peuvent être altérées au point de rendre les périodes suivantes dangereusement laborieuses, et d'empêcher leur accomplissement de se faire, du moins avec sûreté. La première partie du travail doit toujours se terminer dans un certain temps, qui varie en quelque sorte suivant la constitution de la malade et le degré de la douleur. C'est un principe incontestable qu'il y a dans tous les cas une période de temps au-delà de laquelle le travail ne peut être prolongé sans épuisement; et il n'est pas moins certain que si l'on désire éviter cet épuisement, qui peut être suivi d'effets pernicieux, l'on a seulement le choix ou de suspendre entièrement l'action pendant un certain espace de temps, ou de chercher à la rendre plus efficace et à obtenir la terminaison désirée dans une période de temps qui ne laisse rien à craindre. Le premier parti est quelquefois adopté, mais il n'est pas toujours praticable, et il n'est pas toujours prudent de contrebalancer l'action utérine par de forts opiacés. Le second est plus sûr, et, un des moyens de le faire, c'est celui que nous examinons maintenant. Si les douleurs continuent sans suspension ou sans un intervalle de quelques heures, et que le travail marche tout le temps, mais lentement, c'est une règle générale d'effectuer la dilatation de l'orifice utérin dans les dix ou douze heures au plus, à partir du commencement du travail régulier. C'est ce qui se pratique par la méthode décrite plus haut, lorsque l'orifice utérin est aplati et appliqué sur la tête de l'enfant; s'il projette un peu, on facilitera la dilatation en introduisant les deux doigts, et en les étendant latéralement avec douceur, pendant une douleur. On effectuera aisément et sûrement la dilatation, si le cas le demande. Sinon, la saignée ou un opiacé, si celle-là n'est pas indiquée, mettront le col dans un état favorable. Je puis parler positivement des avantages et de la parfaite sécurité de cette pratique, et je suis heureux de fortifier mon opinion par l'autorité du docteur Hamilton, qui se fait une règle d'accomplir la première période du travail dans un temps donné. Cependant je n'ai pas besoin d'ajouter que, pour confirmer cette règle de conduite, et pour la rendre convenable, il faut que les douleurs continuent d'être si fréquentes et tellement marquées que l'on puisse dire que la femme soit réellement tout le temps en travail. Un autre moyen de hâter le travail lorsqu'il se prolonge, c'est l'administration de l'ergot de seigle; la substance qui, mêlée avec des aliments, était reconnue pour produire des effets très-pernicieux, fut recommandée, il y a un demi-siècle, pour favoriser la naissance de l'enfant, et depuis peu son emploi a été remis en vigueur par le docteur Dewees, dans les cas de travail prolongé provenant de l'absence des douleurs. On le donne en poudre à la dose d'un scrupule tous les quarts d'heure, et il prétend qu'il est rarement nécessaire d'en donner plus de trois doses. Quelquefois l'on en donne à la fois un demi-gros ou deux gros en infusion, dans une tasse d'eau bouillante pendant au moins dix minutes. La malade doit boire l'infusion qui a une couleur rouge-œillet et une forte odeur particulière; on pourra la répéter, s'il est nécessaire, au bout d'une demi-heure. Dans quelques cas, il ne se produit aucun effet, mais dans d'autres, il survient un changement très rapide. Il y a quelque chose de particulier produit par le seigle ergoté dans l'action utérine, savoir, que lorsqu'elle est forte, il y a rarement intermittence complète, comme dans les douleurs naturelles, mais elle est presque constante. Il y a non-seulement augmentation de douleur, mais aussi des efforts d'expulsion très-violents, et ces deux choses disparaissent généralement, aussitôt que la matrice est vidée. A cause de l'énergie et de la continuation de l'action, lorsqu'elle est excitée, il est évident qu'on ne doit point administrer le seigle ergoté lorsqu'il y a quelque obstacle insurmontable à la sortie de

l'enfant. De là on ne doit point le donner lorsque le bassin est rétréci, ou lorsque la présentation n'est point favorable, à moins que ce ne soit dans les circonstances que nous mentionnerons en traitant du travail qui exige les instruments. On ne doit point le prescrire, à moins que l'orifice utérin ne soit dilaté, et généralement à moins que les membranes ne soient rompues. Il n'y a pas de doute, si l'orifice utérin est très-mince et très-dilatable, quoiqu'il ne soit pas entièrement effacé, que le seigle ergoté ne puisse accélérer le travail, mais c'est rarement dans ces cas-là que l'on a recours à ce médicament, et l'on peut toujours attendre jusqu'à ce que l'orifice utérin soit dilaté. Lorsqu'il est épais et résistant, l'ergot de seigle n'aura point d'effet ou il en produira un mauvais, et dans un bassin mal conformé il peut survenir une rupture de la matrice. Le cas convenable pour l'administration du seigle ergoté est celui où tout est préparé pour la sortie de l'enfant, où l'orifice utérin est ouvert, les parties relâchées, le bassin bien conformé et la présentation naturelle, il ne manque plus rien pour terminer l'accouchement qu'une action efficace du côté de la matrice. Dans un pareil cas, nous dirions de la malade qu'une ou deux bonnes douleurs finiraient le travail. Je suis bien loin d'assurer que l'ergot de seigle produira cet effet, mais il est entièrement prouvé qu'il le fait dans un grand nombre de cas. Dans quelques cas, il ne fait que provoquer les douleurs; dans d'autres, et ceux-là sont les plus fréquents, il produit un sentiment d'une augmentation de chaleur, mais le pouls devient plus lent qu'accéléré. Si la dose est trop forte, elle cause des nausées et des vomissements (1). On a observé que les enfants qui naissaient après l'administration de l'ergot de seigle étaient très-souvent morts, et qu'ils étaient, dans ce cas-là, blancs et privés de sang. On a attribué cela à la forte action de la matrice, mais l'on trouve une action aussi puissante dans d'autres cas, sans qu'elle produise le même effet. On a supposé aussi que cela provenait de la séparation du placenta avant la naissance de l'enfant; mais ce n'est évidemment qu'une simple conjecture, je l'attribuerais plutôt à l'effet spécial qui est produit sur la matrice elle-même, et qui a une influence sur le produit de la conception; mais heureusement cet effet sur l'enfant n'est nullement invariable, quoiqu'il faille reconnaître qu'il est fréquent, surtout si l'action utérine n'expulse pas l'enfant aussitôt qu'elle est provoquée par l'ergot de seigle. C'est ce qui nous dispose plus ou moins à l'employer suivant que nous espérons que l'expulsion sera plus ou moins promptement terminée. On a supposé aussi que les fortes contractions de la matrice pourraient faire que le placenta fût enchatonné et gardé dans l'utérus, mais l'on ne trouve pas cette rétention du placenta plus fréquente lorsqu'on administre l'ergot de seigle que lorsqu'on ne le donne pas, et il n'est pas d'ordinaire que les douleurs et la forte action provoquée continuent après que la matrice a été débarrassée du produit de la conception. Lorsque cela a lieu, on conseille l'opium pour arrêter cette action, mais je n'ai jamais vu qu'il fût nécessaire. L'on ne sait pas encore d'où vient la propriété de l'ergot de seigle.

Quoique la rupture prématurée, mais spontanée des membranes, et l'écoulement d'une partie de la liqueur amniotique n'aient souvent aucun effet pour retarder le travail, cependant, dans quelques cas, ils le font en occasionnant une action spasmodique de l'utérus ou des douleurs irrégulières et inefficaces. Dans d'autres cas, un peu de liquide filtre entre la tête de l'enfant et l'orifice utérin, et l'effet est plutôt de faire écouler les eaux graduellement que d'ouvrir l'orifice utérin, qui peut n'agir efficacement que lorsque tout le liquide a été évacué au point de permettre à la tête d'appuyer sur l'orifice utérin, et aux fibres utérines d'agir sur cet orifice par-dessus la partie qui se présente. Dans l'accouchement naturel, la poche des eaux reste entière jusqu'à ce que l'orifice utérin soit considérablement ouvert, et chaque douleur le dilate doucement, tant par l'utérus qui agit sur l'orifice, que par les membranes qui, poussées en dehors, opèrent naturellement ce que l'on effectue dans quel-

(1) Desgranges fait la remarque que l'ergot de seigle cause souvent le vomissement, ce qui aide au travail, mais il n'en attribue pas l'effet à une trop grande quantité. Il est actif en proportion que sa poudre est fine et récente. Il fatigue les femmes d'une constitution délicate et nerveuse, mais il ne produit aucun effet sur le travail, s'il est donné avant que l'orifice utérin ne soit dilaté de quatre à cinq lignes. (*Nouv. journ.*, tom. I, p. 54.)

ques cas artificiellement avec le doigt, je veux dire la dilatation mécanique du col. La pression des membranes provoque aussi des douleurs actives. Lorsque la présentation n'est pas naturelle, l'orifice utérin est plus long à s'ouvrir que lorsque la tête se présente ; les membranes ne font pas une saillie aussi large, et la partie qui se présente n'agit pas aussi bien sur l'orifice utérin, et ne le stimule pas aussi efficacement. Tandis que la rupture des membranes peut, comme on l'a vu, devenir dans quelques cas un stimulus utile; dans d'autres, elle doit causer un grand préjudice, lorsqu'on la fait sans jugement et sans nécessité. Si le liquide s'écoule de très-bonne heure, ou avant que les douleurs ne surviennent, le travail est souvent long, mais il ne l'est pas toujours. L'orifice utérin est, quand on l'examine pour la première fois, proéminent, puis il s'aplatit; mais les lèvres restent épaisses, ensuite elles deviennent plus minces et plus dilatées ; enfin elles sont très-minces, et la partie inférieure de la matrice est quelquefois appliquée si intimement sur la tête, qu'au premier abord on pourrait la prendre pour la tête elle-même. Dans les cas heureux ces changements se font très-vite ; mais ils peuvent aussi être très-lents, le travail être laborieux, les douleurs aiguës et inefficaces, et les eaux s'écouler en petite quantité à chaque douleur. Les douleurs sont intenses, mais elles produisent peu d'effet, et souvent, quand elles disparaissent, elles sont remplacées par une gêne considérable dans le dos qui dure près d'une minute après la douleur, indiquant en général l'existence d'une action spasmodique. Un lavement salé est d'un grand avantage dans cette espèce de travail, et il est utile de refouler la tête surtout pendant les douleurs, afin de favoriser l'évacuation des eaux ; car toutefois que cela est accompli, soit naturellement, soit artificiellement, l'action devient beaucoup plus forte. Il est aussi utile de tirer du sang si l'orifice utérin est rigide, si les parties ne sont pas disposées à céder et si les douleurs sont très-intenses ; elle convient particulièrement lorsque la femme éprouve des frissons. Lorsque les organes sont fermes et les douleurs languissantes, elle cause du relâchement et stimule les douleurs. Les opiacés sont aussi utiles, à haute ou faible dose, suivant notre intention, fondée d'après la considération déjà présentée de leur action, et suivant les différents états de la matrice ou des douleurs. Je renvoie aussi à ce que j'ai déjà dit sur les circonstances dans lesquelles on peut dilater l'orifice utérin artificiellement, mais doucement.

Il y a beaucoup de cas où les douleurs, d'abord régulières, ont disparu pendant plusieurs heures, où dans lesquels elles sont venues de temps à autre d'une manière sourde et légère pendant une couple de jours ; mais elles n'ont causé aucun trouble, ont à peine interrompu le sommeil, et ont eu peu d'effet sur l'orifice utérin ; elles tiennent plutôt de la nature des fausses douleurs ; on peut à peine dire que la malade soit en travail, et elle n'est nullement fatiguée. S'il convient d'intervenir dans ces cas-là, c'est par d'autres moyens que ceux que l'on emploie ordinairement, par les opiacés, par des médicaments et des applications indiquées évidemment par la nature des douleurs que nous avons déjà passées en revue. Quelquefois, après que la première période est avancée et que l'orifice utérin est presque dilaté, il se passe plusieurs heures avant que la seconde ne commence ; mais la première espèce de douleurs continue dans différents degrés d'intensité sans produire aucun effet perceptible. Si aucune cause particulière ne requiert notre intervention, il vaut mieux se fier au temps; mais s'il ne s'opère pas de changement, on pourra hâter le travail par la rupture des membranes, ou, si elles ont été déjà rompues, l'on pourra placer deux doigts sur le bord de l'orifice utérin qui avoisine le pubis, et l'aider doucement pendant les douleurs à glisser par-dessus la tête. Lorsqu'une femme est, préalablement au travail, très-affaiblie, l'accouchement est attendu avec crainte ; cependant il est souvent très-aisé ; mais s'il se prolongeait, la malade devra s'abstenir de tout effort. L'on suivra le plan général du traitement indiqué pour de tels cas; et si les forces manquent, l'enfant devra être extrait. Il faut prendre un soin particulier à ce que l'hémorrhagie ne survienne pas après l'accouchement, ou à ce que celle-ci soit promptement arrêtée.

Il y a un autre état dans lequel les douleurs sont faibles, ou diminuées ou inefficaces à cause de l'épuisement absolu ou de la faiblesse, et l'on reconnaît ce cas-là à la faiblesse du pouls, à la langueur, à la fatigue préalable et, en partie, à la constitution de la femme. C'est seulement le cas où les cordiaux sont convenables, et il faut ici les administrer avec prudence

dans la crainte qu'ils ne produisent un état fébrile; il est utile aussi de suspendre l'action de l'utérus pour un temps, et de procurer du repos par un lavement anodin. Il faut prendre garde de prolonger trop long-temps la délivrance, et de compter trop sur la nature.

Si, dans un travail laborieux, la tête reste long-temps appuyée sur le périnée parce que les douleurs ont peu d'effet pour la faire saillir, et surtout si la première période s'est prolongée, il s'agit de savoir si l'on délivrera la femme; ce cas est différent de celui où la difficulté provient d'un bassin rétréci, car la tête est descendue assez bas, les os ne sont pas comprimés ni déformés, il n'y a qu'un gonflement du cuir chevelu; l'on peut faire passer le doigt autour de la tête, et deux ou trois fortes douleurs peuvent l'expulser. Nous examinerons bientôt s'il convient, dans ces cas-là, d'employer le forceps.

Un état d'impuissance dans l'action utérine peut être produit par quelque autre partie qui agit trop ou qui se trouve dans un état d'irritation, et tout le temps que cela dure on ne peut espérer que la matrice se contractera fortement. Cet état est souvent occasionné par des changements survenus dans l'action ou dans l'état de l'origine des nerfs qui se distribuent à l'utérus, causés par une action particulière de leurs extrémités, et par là des nerfs qui naissent tout auprès, ou qui ont quelque rapport avec les précédents, quoique se rendant à des organes très-différents ou se distribuant plus généralement, viennent à être affectés, et les actions éloignées qu'ils produisent peuvent avoir un retentissement puissant et dangereux sur l'action utérine; aussi l'on voit quelquefois des convulsions produites par l'approche d'une douleur d'enfantement, et ces convulsions, à leur tour, enlever la douleur presque aussitôt qu'elle commence. L'on constatera cet état en examinant les sensations et l'état de la malade. Si l'estomac est irrité, elle aura mal au cœur, sera oppressée, abattue, et presque à chaque douleur elle aura envie de vomir : ceci est souvent un effet du rapport qui existe entre les nerfs de l'orifice utérin et l'estomac, et, dans ce cas-là, il est toujours augmenté par l'examen et par la plus légère irritation de l'orifice utérin. Le traitement doit dépendre en quelque sorte de la connaissance de l'idiosyncrasie de la malade par rapport à certains médicaments. Si l'opium lui convient, une dose modérée seule ou associée à quelque aromate, sera utile; un peu d'esprit de lavande, ou un verre d'eau chaude, ou un peu de corne de cerf pourront être administrés, ou bien l'on frictionnera la région épigastrique avec quelque embrocation stimulante; mais, en général, il vaut mieux agir peu et attendre tout du temps. Le vomissement sans un mal de cœur violent, ne dépendant pas d'un épuisement, mais arrivant dans les premiers temps du travail, excite souvent l'action de l'utérus plutôt qu'il ne la retarde. Dans d'autres cas, les intestins sont en souffrance, et, dans ce cas là, vingt gouttes de laudanum apportent généralement du soulagement. La distension de la vessie est aussi une cause du prolongement du travail. Dans d'autres cas, les muscles du dos ou du ventre deviennent douloureux, causant ce que Deventer appelait des douleurs vagues et errantes, ou cet état dans lequel les douleurs ne cessent pas plus tôt de se montrer « qu'elles se changent en coliques, ou en crampes, ou en un travail impuissant. » Dans ces cas-là il prescrivait les médicaments énergiques ou recommandait les anodins. Cet avis est bon, et, dans toutes ces circonstances, vingt gouttes de laudanum seront utiles en même temps que l'on frottera la partie douloureuse avec la main ou avec une embrocation. Dans les cas de douleurs musculaires, la marche ou le changement de position apporte du soulagement. Lorsqu'il n'y a point d'organe particulier ni de partie affectée, mais seulement une irritation générale accompagnée d'un agacement nerveux, de douleurs inefficaces, le même médicament est souvent avantageux, et alors les forces se concentrent vers la matrice. Dans tous ces cas, il est aussi utile, en général, de chercher soit à exciter l'utérus lui-même par un lavement salé, ou par quelques autres moyens déjà mentionnés ou que nous indiquerons dans la suite, soit en frottant la région utérine elle-même de la manière que j'ai décrite. M. Power, qui a insisté plus qu'aucun autre écrivain sur la métastase de l'action et sur l'utilité des frictions pour exciter l'action utérine, emploie les frictions et promène les doigts et le pouce rapidement ensemble par-dessus la matrice, de manière à opérer une friction énergique sur cette partie; mais cette méthode est plus désagréable et moins efficace que celle que j'ai indiquée, et qui consiste à faire glisser les parois abdominales sur la

matrice. Cette agitation générale du système musculaire, connue sous le nom de frisson, qui accompagne souvent la première période du travail, peut aussi, si elle est portée trop loin ou continuée trop long-temps, retarder le travail; mais, en général, elle disparaît spontanément, et l'action se concentre plus puissamment dans l'utérus. De là, c'est une remarque pratique que ces frissons sont souvent suivis d'un prompt accouchement. Cet effet et, par conséquent, l'utilité de l'intervention doivent dépendre de leur durée et de leur influence à enlever les douleurs utérines. Lorsqu'il faut intervenir, la pratique consiste dans la saignée, l'emploi des opiacés, ou dans l'administration d'un lavement, suivant que le système vasculaire ou nerveux, ou suivant que les intestins paraissent être principalement intéressés. Quelquefois une friction sur la matrice pendant une douleur paraît concentrer son action.

Dans le travail laborieux, il n'est pas nécessaire de confiner la femme au lit ou de lui imposer une seule position; on peut lui permettre de s'asseoir, de se coucher, ou de marcher autant qu'elle s'y sent disposée, et nous ne devons pas non plus la forcer à se tenir debout long-temps ou à prendre de l'exercice dans la vue de favoriser le travail. Elle n'a pas généralement grande envie de manger, et, comme la plupart des voyageurs, elle se trouve mieux de prendre peu d'aliments, et de choisir les plus légers. Mais si le travail se prolongeait, il est bon de lui donner une petite soupe et même un peu de vin si elle en désire, ou si elle se sent épuisée. Si les urines ne s'écoulaient pas régulièrement pendant l'accouchement laborieux, il faudrait sonder. Il n'est pas nécessaire que l'accoucheur reste constamment avec la malade, il fera plus d'effet sur elle en la voyant à des intervalles convenables, cela l'empêchera d'être aussi fatigué qu'il le serait sans cette précaution, et il pourra plus facilement remplir ses fonctions avec fermeté et prudence.

La seconde cause générale de l'accouchement laborieux, et qui agit beaucoup plus fréquemment qu'on ne le suppose, c'est l'action irrégulière des fibres utérines. Après la naissance de l'enfant, l'utérus se contracte sous forme de sablier et garde le placenta. La même action spasmodique peut survenir avant l'expulsion de l'enfant, et elle affecte ordinairement les fibres circulaires du col. Une foule de causes, dont quelques-unes sont obscures, peuvent causer le spasme; il est sujet à arriver lorsque les membranes se sont rompues prématurément, et avant que l'orifice utérin ne soit dans un état de relâchement, ou n'ait commencé à se dilater. Une irritation intempestive de l'orifice utérin le provoque souvent, surtout les tentatives que l'on fait pour le dilater, en l'absence des douleurs, ou que l'on fait précipitamment pendant leur durée. L'écoulement des eaux lorsque l'utérus ne se contracte pas encore, et lorsqu'il n'y a pas de douleur pour le moment, peut aussi le causer probablement, en permettant à la partie inférieure de la matrice d'embrasser tout-à-coup la tête ou la partie de l'enfant qui se présente. Une distension extrême de l'utérus peut aussi le produire, même préalablement à l'écoulement des eaux. L'irritation des intestins et l'inquiétude mentale peuvent aussi causer une action spasmodique; elle est marquée par une douleur qui survient ou qui augmente par intervalle comme les douleurs naturelles, mais elle a peu d'effet sur l'orifice utérin ou pour expulser l'enfant; bien plus, l'orifice utérin semble quelquefois même se contracter pendant une douleur. S'il y a quelque effort d'expulsion, la pression n'est que momentanée; les douleurs ne disparaissent pas entièrement comme dans le travail régulier, mais la malade se plaint d'un malaise constant dans le dos ou dans quelque partie du ventre, ordinairement dans le dos. Le paroxysme de la douleur est généralement désigné par la malade comme affectant quelque partie du ventre, particulièrement la portion inférieure qui correspond au col utérin. La contraction ne cesse pas avec la douleur, elle diminue seulement; de là la bande des fibres continue de comprimer l'enfant ou l'œuf, et si les membranes n'ont point été rompues, elles sont souvent tellement tendues qu'elles ressemblent au premier abord à une partie de l'enfant, et peuvent induire en erreur le praticien, par rapport à la présentation. Il y a souvent une envie fréquente d'uriner; les forces sont généralement abattues, et très-souvent il y a un sentiment de faiblesse ou de mal de cœur et d'oppression dans l'estomac qui provient de la sympathie qui existe entre les nerfs de l'estomac et ceux du col de l'utérus. Si cette affection spasmodique est légère, elle peut disparaître bientôt; mais si elle

est forte, elle dure quelquefois plusieurs heures. Un lavement stimulant est souvent très-utile. La saignée fait du bien quelquefois, mais rarement, et je préfère rompre les membranes, si la présentation est favorable et l'orifice utérin relâché. Cette pratique m'a très-souvent réussi. Si au contraire l'orifice utérin était rigide ou n'était point dilaté, et surtout si la présentation n'était point constatée, il faut conserver les membranes entières jusqu'à ce que l'orifice utérin permette la version, si la position de l'enfant la requérait; dans ce cas-là, et même lorsque l'état de l'orifice utérin a garanti la rupture des membranes sans avoir retiré l'avantage que nous en attendions, l'on peut se trouver bien de donner une forte dose de laudanum, car dans ce spasme, comme dans le tétanos, il peut être pris à haute dose. On a donné même jusqu'à dix grains d'opium. Mais en général soixante gouttes de laudanum suffisent, et quand il reste sur l'estomac, il est préférable à l'opium solide, à cause de ses effets plus prompts. On pourra aussi administrer un lavement anodin. Après la naissance de l'enfant, l'on devra introduire la main dans l'utérus, non pour extraire promptement le placenta, mais pour se mettre aisément en contact avec lui, et provoquer l'action régulière de la matrice, car en général le spasme revient et le placenta peut être long-temps gardé, ou bien il se produit une hémorrhagie.

Une cause fréquente de l'accouchement laborieux, c'est un surcroît d'action ou une action infructueuse, dans la première période, qui fait que les forces de l'utérus sont épuisées, et par là la marche du travail est très-ralentie. Cet épuisement peut aussi être causé par la continuation de douleurs faibles et inutiles. Dans le premier cas les douleurs sont aiguës et fréquentes, mais elles ne dilatent pas convenablement l'orifice utérin, et n'avancent point le travail en général; il peut être produit par une action irrégulière des fibres ou par la rupture des membranes, avant que les fibres cervicales soient prêtes à se relâcher. Dans le second cas, les douleurs sont languissantes, courtes et ordinairement faibles. J'ai déjà examiné le traitement qui convient à ces états, comme la saignée, les lavements, la dilatation modérée de l'orifice utérin, etc. Je n'ai plus qu'à faire observer que l'épuisement de l'utérus, et par conséquent le surcroît de prolongement dans le travail doivent être prévenus, soit par la suspension momentanée des douleurs, soit en les rendant plus efficaces, et sur ce sujet je renvoie à ce que j'ai déjà dit au commencement de ce chapitre. On ne doit jamais laisser une action infructueuse durer assez long-temps pour diminuer sensiblement les forces de la matrice, il faut chercher à la suspendre, afin que la matrice reprenne son énergie, et la cause qui prolonge le travail peut pendant ce temps-là être enlevée, ou cesser d'exister.

Une autre cause du travail laborieux, c'est la fièvre, avec ou sans inflammation locale. On reconnaît la fièvre à ses symptômes ordinaires; elle peut être produite par un mauvais emploi des stimulants, par des appartements chauds, l'irritation des parties, etc. On la calmera en tenant libre le cours du ventre, en maintenant la malade au lit, au milieu d'une atmosphère fraiche, en lui donnant un peu de jalap, et en même temps on rassurera ses esprits. Si ces moyens ne calment pas de suite la chaleur, la fréquence du pouls, etc., et ne rendent pas les douleurs plus efficaces, il conviendra généralement de tirer du sang, surtout si la tête ou la poitrine est douloureuse. Lorsqu'une inflammation locale accompagne la fièvre, c'est ordinairement une pleurésie, ou une péritonite, ou une vaginite. On reconnaît la première à la douleur dans le thorax, à la toux, à la dyspnée; la seconde, à la douleur dans le ventre qui augmente graduellement et qui devient constante. La pression l'augmente, et au bout de quelque temps la malade ne peut rester couchée, mais elle respire avec difficulté, ou elle est fortement oppressée, et elle vomit. Les douleurs du travail sont quelquefois suspendues; d'autres fois, le fœtus finit par être expulsé, mais la femme meurt dans l'espace de quelques heures. Dès la première apparition de ces symptômes, l'on devra tirer largement du sang, purger les intestins, et provoquer une douce transpiration. Dans tous ces cas d'inflammation, si l'on obtient un prompt soulagement, il faut délivrer la femme avec le forceps; si le vagin est chaud et sec, il faut aussi extraire l'enfant immédiatement, vu que ces symptômes indiquent le danger d'une inflammation.

Le travail peut aussi traîner en longueur, parce que les différentes périodes ne se passent point régulièrement, mais parce qu'il y a des efforts d'expulsion faits prématurément, à la suite desquels l'utérus descend dans le bassin

avant que l'orifice utérin soit dilaté, et le travail est souvent douloureux et prolongé. Ces efforts d'expulsion prématurés peuvent souvent être combattus par une position horizontale, et l'emploi d'un lavement calmant pour vider le rectum. Dans quelques cas, il y a prolapsus de la matrice au point que son orifice paraît à l'entrée du vagin. Ce prolapsus peut survenir pendant la grossesse, ou après le commencement du travail. On le rencontre souvent à un léger degré, tandis que l'orifice utérin n'est pas très-dilaté, et généralement il nuit au travail. Il faut l'empêcher d'augmenter en supportant la tête ou la matrice avec deux doigts pendant la durée des douleurs, et en même temps la femme évitera, autant que possible, tout effort d'expulsion, et restera dans une position horizontale. Si l'orifice utérin met long-temps à se dilater, on devra tirer un peu de sang et administrer un opiacé, ou bien l'on dilatera doucement, mais complètement, l'orifice utérin pendant chaque douleur successive. Il est arrivé qu'en négligeant ces précautions, la matrice a fait saillie au-delà des parties externes. Dans ce cas là, il ne faut pas perdre de temps à chercher à réduire, et l'on y parviendra plus aisément en refoulant avec précaution le périnée en arrière (1). Si on ne peut le faire, mais si l'orifice utérin est mou et relâché, il faudra le dilater doucement, rompre les membranes, faire la version et replacer la matrice (2). On a fait la section de l'orifice utérin (3); mais cette opération n'est jamais nécessaire si la structure de cette partie est saine (4). Quand la matrice ne fait pas réellement saillie, le vagin peut descendre comme une chute du rectum. On placera sur la partie un linge doux, imbibé d'huile, et on exercera une compression avec la main. Giesman fit la section du vagin renversé; mais cette opération n'est jamais nécessaire. Si l'inversion de la matrice a lieu avant le travail, comme cela est arrivé chez la malade de Rœderer, il faut traiter le cas comme celui d'un simple prolapsus. La femme éprouva de vives douleurs quoiqu'elle ne fût pas en travail. — On a vu la lèvre antérieure de l'orifice utérin s'allonger et s'étendre, pendant le travail, à quelques pouces dans le vagin; ou bien on l'a vue même faire saillie à la vulve, en causant de grandes douleurs. On devra la supporter avec le doigt et la repousser par degrés par dessus la tête. Elle a été prise pour le placenta.

SECTION II. — *De l'accouchement laborieux dépendant de quelque obstacle mécanique.*

Il existe naturellement une telle proportion, entre le volume de la tête et la capacité du bassin, que l'une peut passer aisément à travers l'autre. Mais cette proportion peut manquer, soit parce que la tête est plus grosse, ou ossifiée plus complètement, ou parce que le bassin est plus petit que de coutume. Dans ces cas-là, qu'un examen attentif fait reconnaître, il est évident que le travail doit être laborieux, et plus douloureux qu'il ne le serait autrement. La première période est généralement lente, mais cela n'a pas lieu toujours; la seconde l'est uniformément. La tête met long-temps à descendre dans le bassin; elle reste long-temps sur le périnée; les douleurs sont fréquentes, fortes, mais souvent elles ne sont pas très-expulsives, et la femme dit qu'elles ne font pas de bien. Or, cet état requiert de la patience et du discernement. On tiendra libres les intestins au moyen d'un lavement, on évacuera régulièrement les

(1) Voir le *Mem. of med. soc.*, vol. I, p. 313.

(2) Voir la dixième observation de Portal et le cas rapporté par Decreux dans les *Mém. de l'acad. de chir.*, tom. III, p. 368. Voir aussi un cas par Saxtorph. Il y a un cas mentionné par Fasola, où la matrice avec l'enfant paraît avoir fait saillie pendant trente heures; l'enfant fut expulsé après une déchirure, et, après l'extraction du placenta, la femme se rétablit.

(3) Voir un cas rapporté par le docteur Archer, New-York, *Med. rep.*, vol. I, p. 322.

(4) Dans le cas du docteur Henschel, la difficulté pour extraire l'enfant fut si grande à cause de la saillie du col, que l'on employa le forceps. Le col fut déchiré, mais la femme en revint; il y avait eu préalablement quelques taches noires. (Lond. *Med. and phys. journ.*, LXXI, 461.) Dans le cas de M. Coulson, le prolapsus de la matrice avait eu lieu avant la fécondation, et elle n'avait pu être replacée. Elle était aussi grosse qu'une noix de coco, mais par le repos et les fomentations, etc., elle remonta graduellement à un haut degré, mais il y eut un accouchement prématuré dans le cinquième mois. *Med.* (*Gazette*, VI, 464.)

urines; l'on conservera les forces par le repos, et en évitant tout effort inutile, en favorisant toute disposition au sommeil qui pourrait exister, et en faisant prendre de temps en temps quelques aliments légers; on calmera les esprits et l'on soutiendra les espérances. Le précepte que j'ai donné plus haut d'effectuer la dilatation de l'orifice utérin, ou de terminer le travail dans un temps donné, sera mis en pratique, si cela est possible; par là les forces de la matrice seront conservées, et elle pourra accomplir la seconde partie du travail avec plus de sûreté et plus de facilité. Si les douleurs commencent à diminuer, tandis que les forces de la malade se maintiennent, on pourra donner un opiacé pour procurer du repos. Jusqu'à quel point faudra-t-il compter sur la nature, cela dépendra de la force de la malade et du degré des souffrances. Mais assurément nous ne devons pas porter très-loin l'essai; cependant l'examen de cette question sera renvoyé au chapitre suivant.

La mauvaise position de la tête peut aussi retarder le travail; mais ceci a été déjà examiné. On peut, en songeant à cette cause, épargner beaucoup de souffrances, vu que la position est souvent rectifiée par une pression faite avec le doigt seul. Le docteur Montgommery remarque, avec raison, que quelquefois, quoique la tête soit d'abord convenablement placée, cependant, à mesure que le travail avance, l'occiput se tourne vers l'épine de l'ischion. La tête prend alors une position transversale, et le menton s'écarte de la poitrine. Le front en l'absence d'une douleur devra être refoulé en haut, et aussi en arrière vers la poitrine. Les douleurs ensuite achèvent bientôt l'expulsion. — Une autre cause de travail laborieux, c'est la rigidité du col qui peut dépendre d'un âge trop avancé ou de quelque particularité locale; et ces causes agissent généralement plus puissamment dans un premier accouchement que dans les suivants. Cette rigidité peut exister, soit dans l'orifice utérin, soit dans les parties externes, ou bien dans les deux, et si avec cela il y a rupture prématurée des membranes, la difficulté est ordinairement augmentée. Lorsqu'elle existe dans l'orifice utérin, cette partie est très-long-temps à se dilater; l'effet des douleurs pendant un long espace de temps est plutôt d'amollir que de dilater; et après que la femme a été plusieurs heures en travail, on le trouve, lorsque les douleurs cessent, renversé et proéminent comme il l'est au neuvième mois de la grossesse. Dans ce cas-là, la première période est très-lente, et dure, si l'on n'intervient pas, quelquefois deux ou trois jours; et la seconde est également laborieuse: tout le travail met quelquefois trois jours ou plus à s'accomplir. Lorsque la rigidité existe principalement ou en partie dans les parties externes, on les trouve d'abord sèches, serrées et fermes par degrés; elles deviennent plus humides et plus relâchées. Mais elles peuvent encore être assez résistantes pour maintenir la tête pendant plusieurs heures appuyée sur le périnée. On a proposé quelques moyens pour calmer cette rigidité, tels que les bains et les fomentations, ou la digitale et les médicaments nauséabonds donnés à l'intérieur; mais ils n'ont aucun bon effet, et quelques-uns font du mal. On a injecté de l'huile dans le vagin, lorsqu'il est sec et rigide ou bien on y a introduit une boule de suif mou, afin qu'il pût fondre par degrés: ces moyens du moins sont innocents. On a été aussi dans la pratique de frotter le dos et les reins ainsi que le ventre, avec de l'huile chaude, toutes les nuits, pendant plusieurs semaines avant le travail; la saignée est le meilleur remède dans ces cas-là, et ses effets sont souvent presque immédiats. Elle est si utile et l'on peut compter tellement sur elle, qu'il ne faut jamais la négliger dans tous les cas de travail prolongé par la rigidité, à moins que la malade ne soit très-affaiblie (1). En vérité, l'on ne doit pas, dans les cas de rigidité avérée, attendre que le travail ait été laborieux, mais il faut saigner pour le prévenir; elle est même utile si on y a recours avant le travail. Chez les femmes délicates, il faut examiner si la perte de sang avec une délivrance plus aisée, comparativement à une souffrance plus prolongée, sans perte de sang, peut épuiser davantage, ou être plus dangereuse dans la suite. La saignée est particulièrement convenable si le travail est accompagné de quelque degré de fièvre, et s'il existe de la rigidité dans quelque partie. Si cependant l'état de la malade la défendait, alors un lavement opiacé

(1) Le docteur Dewees saigne même les femmes délicates et celles qui sont disposées à s'évanouir à la suite d'une saignée, seulement il tire une plus petite quantité de sang.

serait le remède convenable. Chaussier a proposé d'appliquer, au moyen d'une seringue, sur l'orifice utérin, de l'extrait de belladone dissous dans de l'huile jusqu'à la consistance de crème; il prétend que cette plante agit dans les quarante minutes. Ce médicament n'a jamais été d'un usage général et l'on ne peut s'y fier.

Les conseils que j'ai déjà donnés concernant l'achèvement de la première période dans un certain temps donné, sont applicables ici, et il faut toujours les mettre en pratique lorsque les moyens de relâchement ont été employés. Lorsque la tête descend vers le périnée, il est bon de maintenir la malade pendant quelque temps dans une position verticale ou à genoux. Nous ne devons pas attendre que ni les forces générales, ni celles de la matrice soient par trop diminuées; mais il faut terminer le travail par le forceps avant qu'il y ait un épuisement considérable. Dans quelques circonstances, l'orifice utérin ou les parties externes, au lieu d'être rigides sont tuméfiées, et ont l'apparence œdémateuse. Dans ces cas-là, le travail est souvent prolongé pendant plusieurs heures, surtout lorsque l'orifice utérin est affecté. Dans le travail laborieux, l'orifice utérin et même le col deviennent quelquefois gonflés, comme si du sang s'était épanché dans la substance. Cet état réclame la saignée suivie d'un lavement excitant.

L'orifice utérin peut être naturellement très-petit. Dans quelques exemples, à peine admettait-il une aiguille à coudre. Et dans deux cas, pendant le travail, je l'ai trouvé presque fermé, dur, circulaire, et c'était avec peine qu'on le découvrait (1); mais il se dilata par degrés: la saignée dans cet état est pénible. Quelquefois il est dur et squirrheux au point que l'on a jugé nécessaire de faire une incision dans l'orifice utérin pour le faire dilater (2). Cet orifice peut se fermer à la suite d'une inflammation, au point qu'il a été nécessaire de faire une ouverture artificielle (1). Les brides et les cicatrices (2) du vagin retardent aussi le travail et causent une grande douleur jusqu'à ce qu'elles se relâchent ou qu'elles soient déchirées; mais il est rarement nécessaire de pratiquer une opération. Si cela était, il faudrait les inciser. La grande étroitesse de l'orifice du vagin a forcé quelquefois de faire une incision en arrière à travers une partie considérable

(1) Dans un cas probablement de cette espèce, consigné dans les rapports de l'hôpital de Guy, on ne pouvait sentir aucun orifice utérin. On fit une incision sur la tumeur que l'utérus formait dans le vagin, et les contractions paraissent avoir agrandi l'ouverture en la déchirant. Un grand épuisement suivit la déchirure et la naissance de l'enfant, accompagné d'un pouls rapide; la malade cependant se rétablit. (*Lancette*, juin 1837, p. 392.)

(2) Un cas de ce genre se présenta au docteur Simon de Saint-André, et un autre à un accoucheur de l'Amérique. Dubosc cite une femme âgée de quarante ans qui, pendant le travail, éprouva des convulsions pendant deux jours, provenant de cette cause; la face était pâle, les extrémités froides; l'orifice était très-rigide et peu dilaté. Il le coupa, et la femme mit au monde un enfant mort. Gautier mentionne un cas où, après que le travail eut duré quinze heures, on ne put trouver d'orifice utérin. La matrice était descendue considérablement dans le bassin, et il n'y avait pas de raison de supposer que l'orifice utérin était placé haut à cause de l'obliquité; on pratiqua une incision, et l'enfant fut extrait par le forceps. Au bout de six semaines, la malade eut ses règles, et, en l'examinant, l'on trouva l'utérus dans une antéversion adhérente. On trouvera d'autres cas dans le *Dict. des sciences médic.*, art. *hystérotomie*.

(1) Voir un cas rapporté par Campardon dans le *Recueil périod.*, tom. XII, p. 227. Moscati cite un cas où, à la suite de lésions occasionnées par le forceps, l'orifice utérin était si petit qu'il pouvait à peine admettre une sonde; on pratiqua alentour un certain nombre d'incisions, après quoi il se dilata. Dans la grossesse suivante, des incisions plus petites suffirent; et dans la dernière, on n'eut besoin d'en faire aucune. Aubertin pratiqua dans un cas de ce genre l'opération césarienne. Dans la grossesse suivante, au septième mois la cicatrice se déchira, et, en l'élargissant un peu, on fit avec succès l'extraction de l'enfant. Dans un cas rapporté par Gautier, l'orifice utérin s'oblitéra après un accouchement dans lequel l'épaule se présenta. Les menstrues étaient retenues, il fallut une opération pour les faire évacuer.

(2) Kroan, dans le cas d'une femme dont le vagin était très-rétréci par des cicatrices, et où la tête, qui s'était avancée, se dirigeait vers l'anus, incisa le périnée et fit l'extraction par le vagin, craignant que la cloison recto-vaginale ne cédât. (*Archives*, XVII, p. 614.)

du périnée qui était distendu. La membrane hymen peut apporter une telle résistance qu'il faille la diviser. On a soutenu que dans tous ces cas-là l'hymen n'était pas entier ni tout-à-fait fermé, mais percé de petits trous ; autrement la fécondation n'aurait pu se faire. Je n'ai pas besoin de discuter ce point de controverse. Des excroissances provenant de l'orifice utérin, un ovaire hypertrophié restant dans le bassin, des tumeurs adhérentes aux ligaments, ou un calcul dans la vessie, peuvent tous retarder l'accouchement, et quelques-uns de ces obstacles peuvent réclamer les instruments. — On devra autant que possible refouler un calcul dans la vessie au-dessus de la tête de l'enfant, sinon il faudra l'extraire (1).

La hernie de la vessie sur un côté du vagin, ou la chute antérieure de la vessie rendent le travail laborieux ; on devra évacuer les urines et supporter avec soin la vessie pendant les douleurs. Je renvoie à la section vingt-deuxième du dixième chapitre, pour plus amples détails sur ce sujet, et pour la manière de distinguer le prolapsus de la vessie d'avec celui des membranes de l'œuf. — Un vagin étroit peut requérir un temps très-long pour se dilater. — Une grande obliquité de la matrice prolonge le travail. L'orifice utérin peut être tourné principalement d'un côté, mais le plus souvent il est dirigé en arrière et en haut, et le doigt ne peut l'atteindre. Le temps a fini par rectifier cela, mais l'on peut épargner beaucoup de temps et de douleurs à la malade, en tirant doucement en avant avec le doigt l'orifice utérin. On pourra aussi placer la femme sur le dos en soulevant un peu ses hanches avec un oreiller. On peut aussi élever ou supporter le fonds de l'utérus, en plaçant la main sur l'abdomen. Daventer, qui était un praticien de bonne foi, et de grande expérience, a détourné peut-être trop l'attention des modernes, de l'obliquité de la matrice, en tombant dans une erreur opposée. La rétroversion de la matrice peut aussi devenir une cause de travail laborieux, et l'on ne peut y remédier qu'en cherchant avec précaution à abaisser l'orifice utérin de dessus le pubis.

La mauvaise conformation des organes de la génération peut apporter un grand obstacle au passage de l'enfant, au point qu'une incision est quelquefois nécessaire, comme cela est arrivé dans l'exemple rapporté par M. Bonnet, dans le trente-troisième volume des Transactions philosophiques. — Lorsque le cordon ombilical est court, et plus souvent encore lorsqu'il est tordu autour du cou, le travail peut être retardé, particulièrement pendant la dernière partie de la seconde période. Le cordon peut être distendu, mais il n'arrive jamais qu'il soit déchiré, et très-rarement le placenta est détaché. Nous n'avons aucun signe de l'existence de cette distension, mais l'on peut la présumer lorsque la tête se retire après la cessation de chaque douleur. Elle reste long-temps dans une position où l'on s'attendrait à un prompt accouchement. Avec de la patience le travail se terminera heureusement ; mais souvent il peut être abrégé en tenant pendant quelque temps la personne debout, sur ses genoux. Après que la tête est sortie, il est d'ordinaire de dégager le cordon de la tête de l'enfant, pour le laisser flotter, et cette pratique est très-convenable lorsqu'elle est possible, vu qu'elle empêche le cou d'être comprimé par le cordon, pendant l'expulsion de l'enfant, ce qui arrêterait la respiration si elle avait commencé, ou obstruerait la circulation dans le cordon (1). Une densité extraordinaire des membranes peut aussi jusqu'à un certain point devenir une cause de travail laborieux. On y remédie, en les déchirant, ce qui se pratique en les pinçant lorsqu'elles sont lâches pendant la cessation des douleurs, ou en appuyant contre elles une sonde ou une plume d'oie lorsqu'elles sont tendues. Quelquefois il faut employer un effort considérable pour les rompre.

---

(1) Un cas est rapporté dans l'*Edin. med. journ.* pour le mois de janvier 1829. Une tumeur existait dans la portion antérieure du bassin : elle ne put être refoulée, et était assez grosse pour nécessiter l'emploi du crochet. Après la mort, on reconnut que c'était un calcul de la vessie.

(1) Le docteur Churchill (Dubl. *Journ. March.* 1837) n'attache aucune importance à cet état du cordon.

CHAPITRE VI.

DE L'ACCOUCHEMENT PAR LES INSTRUMENTS.

SECTION Ire. — *Des cas qui admettent l'application du forceps ou du levier.*

Diverses causes peuvent obliger à hâter la délivrance, telles que le crachement de sang, les convulsions, l'hémorrhagie utérine, l'emphysème, l'existence d'un anévrisme, etc. Celles ci cependant peuvent être regardées en quelque sorte comme accidentelles; et, pour le moment, je veux me borner à citer celles qui ont un rapport plus immédiat avec l'expulsion de l'enfant. — Il doit être évident que si la tête de l'enfant est extrêmement large ou la capacité du bassin rétrécie, il doit s'élever un obstacle mécanique à la naissance de l'enfant. De ces états, le dernier est bien plus fréquent, et constitue une cause principale des accouchements par les instruments. J'ai déjà expliqué l'effet de la résistance pour arrêter l'action libre et énergique de l'utérus; jusqu'à la fin, les forces musculaires renaissent de nouveau et il se fait des efforts violents. Ces circonstances doivent être mûrement pesées, car dans ces cas-là la première période du travail est fréquemment quoique non invariablement très-lente, et si elle n'est pas hâtée par des moyens convenables, les forces de l'utérus peuvent s'épuiser, et devenir insuffisantes pour accomplir sûrement la seconde période. La résistance peut produire différents effets suivant son degré, la constitution de la malade, et les circonstances concomitantes. Un léger obstacle peut agir principalement en entravant ou en rendant irrégulière et inefficace l'action de la matrice, et les circonstances peuvent varier beaucoup dans les différents accouchements et sous différents traitements. Un plus grand degré de résistance, doit produire invariablement, d'après l'obstacle qui se présente, un travail prolongé et laborieux, et en particulier nous craignons la rencontre de ces deux conditions différentes, qui sont très-souvent réunies. D'abord la tête est poussée plus ou moins dans le bassin par les efforts gradués et violents de l'utérus et des muscles abdominaux, et y devient enclavée, de sorte que les seules forces de la nature ne peuvent la faire descendre plus bas, et il faut même dans beaucoup de cas, de la part de l'accoucheur, une pression considérable pour la soulever un peu. Cet accident est connu par le mot technique d'*enclavement* de la tête. Il est évident que dans cet état l'accouchement naturel est presque impossible, car tout effort plus grand est généralement inutile. Secondement, la continuation de la pression de la tête sur les parties molles produit une plus grande diminution dans la capacité du bassin; car l'inflammation est excitée, et en même temps le retour du sang par les veines est arrêté ainsi que celui du sérum par les lymphatiques. Cet état détruit la vie des parties molles, et rend l'inflammation plus pernicieuse; de sorte que même après que l'accouchement est terminé, il survient une gangrène qui produit des effets terribles et dégoûtants, s'ils ne sont en vérité arrêtés par la mort de la malade par suite d'une semblable inflammation qui se communiquerait à l'utérus ou au péritoine. Ce gonflement des parties, renfermées au-dedans du bassin, peut survenir quoiqu'il n'y ait pas d'enclavement; mais la tête ne peut long-temps être enclavée sans le produire. Tel est donc un des effets les plus terribles et les plus alarmants que l'on redoute dans le cas que nous traitons. — Mais ce n'est pas encore tout le mal, car la partie supérieure du vagin ou du col utérin peut être déchirée à la suite de cet état de débilitation, ou quelque partie de l'utérus peut se rompre par une action forte ou spasmodique. Ou bien l'inflammation utérine ou péritonéale peut survenir avant la délivrance, devenant mortelle en peu d'heures après que le travail est terminé; ou bien une hémorrhagie mortelle peut se déclarer faute d'énergie de la part de la matrice, après la délivrance; ou il se produit une irritation et un épuisement général, le pouls devient fréquent et à la fin faible, la bouche sèche, la peau chaude, l'esprit confus, et les forces abattues, ou les puissances vitales peuvent s'épuiser au point que la malade meure sans aucune inflammation marquée ou sans aucune maladie que l'on puisse rapporter à quelque système nosologique. Tel peut et doit être en général le résultat si l'on diffère trop long-temps d'y apporter remède, à moins que la malade par une force extraordinaire, ou par un ramollissement des os du crâne, ne puisse à la fin mettre au monde son enfant. Si nous passons de la mère au fœtus, nous trouvons que cette compression continuée modifie la forme de la tête, et affecte l'action du cerveau, ou la fonction impor-

tante de la circulation. D'abord le crâne se tuméfie, et nous croyons que la tête descend, lorsqu'en réalité elle est stationnaire; et, si ce n'est que les téguments s'élèvent ensuite, les os sont serrés les uns contre les autres, et la partie du crâne qui se présente forme un angle plus ou moins aigu qui a été comparé au dos d'une truie. Dans quelques cas les deux protubérances pariétales ne sont pas éloignées l'une de l'autre de plus de deux pouces et demi, mais la tête ne s'allonge pas toujours dans la même proportion; au contraire, dans quelques circonstances, elle est même raccourcie parce qu'un os glisse sur l'autre. L'on m'a apporté des enfants chez lesquels les os avaient été séparés, et le pariétal était entièrement poussé sous l'autre; de plus, il ne faut pas juger de la possibilité de l'expulsion d'après l'approximation des pariétaux ou d'os plus compressibles; car la plus grande résistance se trouve près l'oreille, d'une apophyse zygomatique à l'autre, et quand bien même toute la partie supérieure du crâne manquerait totalement, cependant l'accouchement ne serait pas plus facile. La mollesse des os pariétaux rend le bord de la portion moins compressible, plus saillant, plus facile à être embrassé par le détroit supérieur du bassin, et plus apte à occasionner par son tranchant une compression dangereuse sur la vessie et sur les autres parties molles. Enfin l'enfant périt en partie par la compression exercée sur le cerveau, mais, indépendamment de cela, par la compression continuée que subit le cordon; et qu'il sorte par les efforts de la nature ou par ceux de l'art, il vient au monde privé de vie. Tels sont les effets produits, pour la mère et l'enfant, par l'enclavement de la tête, effets que l'on ne peut éviter qu'en hâtant la marche du travail et en appelant à son aide la force extérieure.

Quand nous parlons de l'enclavement, ce qui n'est pas une heureuse expression, il ne faut pas cependant supposer que la tête soit littéralement et entièrement inamovible. Il est vrai qu'elle est quelquefois enclavée dans le sens strict du mot, et qu'elle ne peut bouger, mais ce n'est pas un cas où l'on puisse employer avec sûreté le forceps; le plus souvent la main peut la faire reculer un peu, quoique l'utérus ne puisse la faire avancer davantage. Levret prit le mot dans sa signification la plus stricte, et s'imagina que la tête était réellement fixée entre deux points du bassin. Rœderer alla plus loin, et prétendit que chaque partie de la tête était tellement fixée et comprimée, que pas même une aiguille ne pourrait passer en aucun point entre elle et le bassin. S'il en est ainsi, comment peut-on appliquer le forceps? si la tête est resserrée dans tous les points, en admettant même l'élasticité des os, l'on ne pourrait introduire le doigt entre elle et le bassin, ni atteindre l'oreille. Ce cas d'enclavement réel existe rarement, et réclame l'ouverture de la tête. La tête enclavée qui admet l'emploi du forceps est arrêtée d'un côté par le promontoire du sacrum, et de l'autre par une partie du pubis. Le point qui offre de la résistance est généralement la saillie du sacrum. Mais, même dans ce cas-ci, le terme d'enclavement n'est pas strictement convenable. Car, si l'on peut employer le forceps, la tête peut être un peu soulevée, et l'on a la liberté d'introduire les branches de l'instrument. On ne peut être embarrassé pour constater l'existence de cet état. La marche lente du travail, l'intensité des douleurs, la descente tardive ou l'état stationnaire de la tête, son enclavement gradué ou son immobilité augmentante, l'altération dans sa forme, la mauvaise conformation vu l'étroitesse du bassin, la tuméfaction progressive du vagin, tout le démontre assez pour qu'on ne puisse s'y tromper; et un grand nombre de ces symptômes, joints à ceux de l'irritation et de l'épuisement général, augmentent à mesure que le travail se prolonge : l'on peut connaître d'avance cet état lorsque l'on a constaté la mauvaise conformation du bassin. On sait que si le diamètre de la tête est, d'une protubérance pariétale à l'autre, seulement de trois pouces et demi, et chez les sujets mâles très-gros de quatre pouces, cette partie doit subir une compression plus ou moins grande pour passer (1); mais la distance d'une apophyse zygomatique à l'autre, qui marque le diamètre transversal de la base solide et résistante du crâne, est quelquefois, lorsque les protubérances parié-

(1) La tête peut supporter une plus grande compression avant que l'enfant soit né qu'après qu'il a respiré. La respiration est plus sous l'influence du cerveau que ne l'est l'action du cœur, et celle-ci cesse après la naissance lorsque le cerveau est lésé ou comprimé, non pas tant parce qu'elle est affectée directement que parce que la respiration à laquelle elle est liée cesse de fonctionner.

tales ne sont pas grosses, le diamètre le plus grand, il a presque quatre pouces, et quand bien même il n'aurait que trois pouces cinq huitièmes, cette portion est si dure, si résistante, qu'il faut, si la capacité pelvienne est un peu diminuée, et surtout si les protubérances sont larges, une force assez grande et assez prolongée pour la faire passer à travers le bassin. Plus le détroit supérieur sera au-dessous de ses dimensions naturelles, plus le travail sera long et laborieux, jusqu'à ce qu'il survienne un tel degré de contraction que l'expulsion deviendra impossible, ou sera retardée au point de faire courir à la mère de grands dangers. — Il est difficile d'établir une ligne de démarcation entre ce degré de contraction, qui rendra l'expulsion naturelle impossible, et celui qui ne la rendra que très-difficile. On a proposé de le constater d'après des règles fondées sur les dimensions du bassin. Mais cette méthode ne peut être poussée à un degré suffisant de perfection, car le résultat dépend beaucoup du volume de l'enfant, de la flexibilité de la tête, de la vigueur de l'utérus, et des autres causes. En outre, il est difficile, sinon impossible, de déterminer avec une précision exacte les dimensions du bassin sur une personne vivante, et elles sont sujettes à varier suivant que les parties molles situées à l'intérieur du bassin sont plus ou moins gonflées.

Il y a un autre exemple de travail prolongé qui réclame l'emploi des instruments, et dans lequel la tête n'est pas enclavée. Il se présente plus souvent, et il est connu sous le nom de *cas d'arrêt*, ou bien, comme disent les écrivains français, la tête est arrêtée au passage. La tête n'est ni fixée ni enclavée : on peut facilement faire glisser le doigt autour d'elle; le cuir chevelu peut être tuméfié, mais c'est à un degré moindre, et la tuméfaction est plus ferme. Les os sont plus près du périnée, et ne sont ni serrés ni déplacés, et le retard paraît naître plutôt de la nature des douleurs, ou de la résistance des parties molles au détroit inférieur du bassin, que de quelque obstacle que présenterait le bassin à la sortie de l'enfant; mais j'ai déjà observé qu'un très-léger obstacle souvent diminue sensiblement la force réelle de l'utérus, sans altérer peut-être les douleurs. De plus, la tête descend plus bas que dans le cas d'enclavement : on sent plus facilement l'oreille, non-seulement parce qu'il y a plus de place pour le doigt, mais aussi parce qu'elle est située plus bas. On peut la sentir en introduisant deux doigts, tandis que, dans un plus grand degré d'étroitesse, il faut quelquefois introduire la main dans le vagin pour toucher pleinement l'oreille. C'est un cas simple de travail laborieux, mais un cas prolongé jusqu'aux dernières limites de la prudence, malgré l'emploi des moyens que nous avons indiqués dans le dernier chapitre. Il peut naître de quelque légère disproportion entre le volume de la tête et la capacité du bassin, ou plus souvent des variations et des irrégularités de l'action utérine, que nous avons déjà étudiées au long. L'enclavement est clairement indiqué par les symptômes déjà mentionnés; le cas d'arrêt est constaté par le simple état de la tête, qui est stationnaire, mais non fixé dans le bassin. Il y a donc un grand nombre de cas d'arrêt qui sont terminés en sûreté par la nature, et qui sont rangés dans la classe des accouchements laborieux; mais il y en a beaucoup d'autres où il est prudent de hâter la délivrance par les forces artificielles, et la question est de savoir à quelle époque il faut intervenir, ou quand un plus long délai est dangereux?

J'ai pleinement, je l'espère, détaillé et considéré, sous le point de vue pratique, les causes qui rendent l'accouchement laborieux, et j'ai indiqué l'inconvénient qu'il y avait à laisser la première époque se prolonger; car par là l'utérus s'affaiblit, et devient moins capable de terminer la seconde. Mais lorsque cet avis n'a point été suivi, ou que le traitement convenable aux différents cas, déjà décrit, n'a point réussi à effectuer l'expulsion, quelle est la conséquence en dernier lieu du délai? La matrice, par une action continue, mais inefficace, ou par des contractions inutiles, s'affaiblit par degrés, et lorsqu'à la fin la délivrance est accomplie, cet organe ne peut se contracter avec vigueur et d'une manière régulière, ce qui produit une hémorrhagie, ou bien le même accident est causé par l'action spasmodique de l'utérus. Voici donc un accident très-grave que l'on peut prévoir. Ensuite la femme est non-seulement plus sujette aux maladies de couches, à ces affections pénibles, quoique moins dangereuses, connues sous le nom de paroxysmes fébriles, mais encore à des maladies inflammatoires plus formidables; telles sont principalement celles de la matrice ou du

péritoine. Voilà donc une autre série d'accidents à craindre. De plus, quoique la même lésion locale que l'on rencontre dans l'enclavement de la tête ne soit point sujette à survenir, cependant la malade n'en est point tout-à-fait exempte ; par le prolongement du travail, les parties molles finissent par s'enflammer et se tuméfier, ce qui ajoute non-seulement à la difficulté de l'expulsion, mais aussi beaucoup au danger de la gangrène. S'il est nécessaire d'énumérer les autres dangers, je puis citer les conséquences d'une irritation et d'un effort prolongés, marquées par un état fébrile, et à la fin par un grand épuisement, tellement que la malade peut réellement mourir sans être accouchée ; mais cet événement, ainsi que la rupture de la matrice, est moins sujet à se présenter que lorsque la tête est enclavée. Outre ces dangers du côté de la mère, l'enfant court risque de périr, non-seulement à cause de la compression du cerveau, mais par la pression continuelle de la matrice, après l'évacuation des eaux, qui interrompt l'accomplissement régulier de la fonction de la circulation. Tels sont assurément les graves accidents qui résultent de la prolongation du travail, et tout ce que je puis accorder en faveur du délai, c'est qu'on peut le prolonger plus long-temps dans les cas d'arrêt que dans ceux de l'enclavement. Beaucoup d'accoucheurs distingués ont placé une trop grande confiance dans les forces de la nature, et ont été hostiles à l'emploi des instruments. Pendant long-temps j'ai été influencé par la grande autorité et les arguments plausibles, aussi bien que par les assertions hardies de ces praticiens, mais l'expérience m'a forcé d'adopter l'opinion que je soutiens dans ce chapitre avec une ferme croyance de son exactitude et de son importance. D'après la force des recommandations des partisans de la nature, on supposerait que chaque fois que l'enfant pourrait naître sans aucun aide, il n'aurait aucun danger à courir, tandis que les instruments devraient être non-seulement douloureux dans leur application, mais encore avoir des effets dangereux. Or, la première supposition est évidemment fausse, car l'on trouve une foule d'exemples où la mère met au monde son enfant sans aucun secours de l'art, et sans doute à la grande joie momentanée de l'accoucheur ; mais néanmoins la mort survient, ou du moins une convalescence longue et mauvaise en est la conséquence. Mais, en accordant que le rétablissement soit excellent, n'est-ce pas une considération, que la malade ait été exposée à douze, peut-être à vingt-quatre heures de souffrances corporelles et d'anxiété de l'esprit que l'on aurait pu épargner. La seconde proposition est justement aussi fausse, car dans la majorité des cas, si le praticien agit avec prudence et douceur, l'introduction de l'instrument cause peu ou point de douleur, tellement que dans beaucoup d'ouvrages, on se récrie fortement et avec raison contre l'emploi clandestin et inutile des instruments, ce qui n'aurait pu avoir lieu si leur application était accompagnée dans ces cas-là d'une grande douceur. Ensuite, quant à la douleur occasionnée par l'extraction, elle peut être plus grande que celle que la malade souffrait auparavant, et cependant elle n'est pas plus grande que celle que l'on éprouve souvent dans l'accouchement naturel; et même, en accordant qu'elle soit uniformément plus grande, concession que je fais par pure complaisance, elle n'est que d'une courte durée, et en somme, la souffrance de la malade est moindre que si on laissait la nature expulser à la fin l'enfant. Ceci est parfaitement exact dans tous les cas d'arrêt, lorsque l'accoucheur est très-instruit et très-prudent. Ensuite, quant au danger à craindre, je ne puis, dans les cas d'arrêt, voir de quelle source il pourrait naître. La simple introduction du forceps, si elle est faite avec douceur, est à peine plus dangereuse que l'introduction du doigt, car il n'y a aucune force à employer, et on ne doit pas le faire. S'il y a du péril, ce doit être dans le procédé de l'extraction, et il est évident qu'il ne peut provenir, soit de la pression de l'instrument sur les parties molles, soit parce que la tête et l'instrument déchirent le périnée. Le dernier accident doit être en général la conséquence d'un manque de précaution, et le premier ne peut être porté, dans un cas d'arrêt, à un degré dangereux, si l'opérateur sait diriger ses efforts.

Dans ces cas-là donc, il peut résulter un grand mal en se fiant trop long-temps à la nature, et en employant les instruments l'on ajoute peu aux souffrances de la malade et rien aux dangers qu'elle court (1). Lorsque cependant nous diri-

(1) Le docteur Beatty établit que sur 111 cas dans lesquels le forceps ou le le-

geons notre examen vers les cas d'enclavement, la chose est différente. Il y a plus de difficulté à introduire et à fixer avec soin l'instrument, et sans doute l'on cause plus de douleur, même pendant ce temps de l'opération, que dans les cas d'arrêt. Lorsqu'ensuite l'on vient à agir avec l'instrument, les souffrances ou les douleurs doivent être augmentées, même entre les mains d'un habile opérateur, en proportion de la résistance qu'il a à vaincre. Les parties molles ont déjà été comprimées par la tête, pendant le travail; elles doivent être encore comprimées à un plus haut degré, et quand bien même l'on s'appuierait sur cet axiome que le temps équivaut à la force, il serait inutile de nier qu'il ne doit y avoir une plus grande souffrance et un plus grand danger que dans le travail naturel ou que dans les cas d'arrêt. Ces souffrances et ce danger doivent être en un certain degré proportionnés à la sensibilité qui s'est déjà établie dans les parties molles, et par conséquent en appliquant de bonne heure le forceps, l'on peut les diminuer de beaucoup, mais non les augmenter. Leur production dépend de l'obstacle qui se présente. Quand la tête est arrivée à un point qui rend l'application du petit forceps praticable, on ne peut rien attendre de bon d'un plus grand délai; il ne fait qu'augmenter sans aucune utilité les souffrances, ou donner naissance à un état qui rend plus tard l'application de l'instrument plus douloureuse et plus dangereuse. Lorsque des accidents proviennent de l'application du forceps, ils sont toujours dus, soit à une conduite téméraire et imprudente, soit à la conséquence d'avoir différé trop long-temps l'emploi des instruments. S'il faut de grands efforts pour extraire l'enfant, aurait-il pu être expulsé avec sûreté par les seules forces de la nature, ou la matrice et les muscles abdominaux, après une action prolongée, auraient-ils conservé assez de vigueur pour déployer une force égale à celle qui est souvent nécessaire pour extraire une tête enclavée? En vérité nos meilleurs écrivains, quelque grands partisans qu'ils aient été du délai, dans les cas d'arrêt, sont portés à extraire l'enfant chaque fois que la tête a été enclavée. On ne peut attendre du délai que la gangrène ou bien l'alternative d'une mort prompte ou d'une misérable existence, et, dans tous les cas d'enclavement, la question, je crois, n'est pas de savoir si l'on extraira immédiatement, mais si l'on réussira avec le forceps, ou si l'on sera obligé d'employer le crochet.

Soutenant l'opinion que j'ai émise, ce ne fut pas sans étonnement et sans regret que je vis le docteur Osborne établir que, dans le cas qui réclame l'application du forceps, « toutes les puissances vitales sont épuisées, toute possibilité d'un plus grand effort est évanouie, et l'esprit aussi abattu que le corps finirait par succomber avec lui sous l'influence d'efforts si continuels mais inutiles, à moins que l'art ne vienne au secours de la femme. » Si on laisse arriver un tel état, même dans un cas d'arrêt, et à plus forte raison dans celui de l'enclavement, il est fortement à craindre que l'intervention de l'art ne soit aussi infructueuse que les efforts de la nature. Si ceci n'était que l'opinion du docteur Osborne je le passerais sous silence; mais malheureusement c'est la doctrine prévalente du jour, et les disciples modernes de l'école de la patience, hommes de talent et d'observation, poussent leurs craintes du mal qui résulte de l'emploi du forceps à un degré d'extravagance, et mettent faussement leur confiance dans l'efficacité et la sûreté d'une action continuée de la part des forces expulsives. Je trouve cependant beaucoup de plaisir à corroborer mon opinion par l'autorité du docteur Hamilton, l'excellent professeur d'accouchement d'Edimbourg, qui a vu depuis long-temps les effets pernicieux du système temporisateur, et par celle du docteur Osiander à Gottingen (1). Pour mettre mon opinion

---

vier fut appliqué, aucune des mères ne périt, et il ne s'ensuivit aucune conséquence fâcheuse. Aucun enfant supposé vivant lors de l'application de l'instrument ne périt, ni ne reçut aucune blessure. (Dublin. *Med, trans.*, vol. I, p. 51.)

(1) Dans le temps du docteur Smellie, il calcula que le forceps fut appliqué une fois sur 125 cas d'accouchement; depuis, il y a eu plutôt un décroissement dans la pratique à cause du système temporisateur, puisque d'après les calculs récents la proportion est de 1 à 158, 188, et même à 1,553. Une personne pour laquelle j'ai beaucoup d'estime soutient que le forceps ne fut nécessaire dans la pratique de l'hôpital qu'une fois sur 728 cas,

plus à jour, je vais examiner les résultats de la temporisation, tirés des tables publiées par le docteur Bréen, sur les cas qui se sont présentés à l'hôpital de Dublin, parce qu'ils paraissent avoir été publiés sans aucun égard à aucune opinion particulière. — Dans le courant de cinquante-sept ans, 78,001 femmes accouchèrent, dont 1 sur 92 périt, et 1 enfant sur 18 était mort en naissant. Si cependant il fallait exclure les cas de travail laborieux et ne comprendre que ceux d'accouchement naturel ou d'un travail régulier et sûr, l'on trouverait que la proportion des morts est très-minime; je consens toutefois à adopter ce calcul, voyons quel est le résultat des accouchements laborieux.

Chez les femmes qui étaient en travail de leur premier enfant depuis 30 heures jusqu'à 40, 1 sur 34 périt et 1 enfant sur 5 était mort-né. Voici donc une grande différence entre la somme totale de tous les accouchements, bons et mauvais; et celle des accouchements laborieux pendant la même période du travail, parmi les femmes qui avaient déjà mis au monde des enfants, et chez lesquelles, par conséquent, si les instruments ont été nécessaires, l'on peut supposer qu'il y a eu un obstacle plus permanent ou un bassin plus rétréci, quoique ceci ne soit pas établi, environ 1 femme sur 11 périt, et 1 enfant sur 6 vint au monde privé de vie. — Lorsque le travail s'est prolongé depuis 40 heures jusqu'à 50 chez les femmes qui n'avaient point eu encore d'enfants, 1 sur 13 mourut, et la proportion des enfants morts nés fut de 1 à 3 1/3. — Lorsque le travail s'est prolongé de dix heures de plus, c'est-à-dire depuis 50 heures jusqu'à 60, la onzième partie des femmes succomba; et lorsque l'on arrive à la durée de 60 à 70 heures, on trouve un huitième qui perit et presque la moitié des enfants. Il faut observer cependant que, depuis 70 à 80 heures, il n'y a que la douzième partie des femmes qui succombe, mais cette variation doit dépendre de circonstances accidentelles. — Il est impossible de donner aucune comparaison de ces résultats avec ceux obtenus dans le même hôpital, en employant les instruments; car il est évident que l'on a attendu longtemps avant d'employer les secours artificiels, à moins que ce ne fût dans le cas où il se présenta des symptômes dangereux indépendants du travail. On employa les instruments pour un accouchement laborieux dans 44 cas, et dans ce nombre 18 femmes succombèrent. Comparez ce résultat avec le rapport du docteur Beatty déjà mentionné. — Or, en prenant la proportion des morts dans l'état de gestation, y compris tous les accidents quelconques, de 1 à 92, il est très-important d'observer la mortalité progressive à la suite du délai. Une souffrance de plus de 30 heures est mortelle dans la proportion de 1 à 34. Si elle dure 10 heures de plus, le danger double de plus de la moitié, car la proportion des morts est de 1 à 13, ensuite de 1 à 11, et enfin de 1 à 8, sans parler des enfants. — Les tables du docteur Collins donnent un résultat différent; sur 16,414 cas, 164 furent mortels, mais dans ce nombre la durée du travail ne paraît pas avoir eu quelqu'influence. Eu égard au temps, le plus grand nombre des femmes ne furent que trois heures en travail. —Il est tout-à-fait impossible de donner une règle de conduite applicable à tous les cas, car le jugement de l'accoucheur qui doit se guider d'après les principes généraux doit y entrer pour beaucoup. Je ne puis, par conséquent, qu'offrir à son examen les observations suivantes.

1° Il est important, dans tous les cas d'accouchement où l'on a des raisons pour craindre un travail lent, d'empêcher que la première période ne se prolonge. Chaque fois que l'utérus est dans un état d'action non interrompue, c'est-à-dire lorsque les douleurs sont décidément celles de l'enfantement, et qu'elles continuent à de courts intervalles, mais sans produire un prompt effet sur l'orifice utérin, on devra recourir aux moyens médicaux ou mécaniques déjà indiqués,

---

et dans la pratique particulière qu'une fois sur 1000. Le docteur Merriman, dans sa pratique, avait une ligne de conduite plus sûre, car il employait le forceps une fois sur 93. Le docteur Naegelé s'en servait une fois sur 53 cas, ce qui correspond beaucoup à ma propre liste; mais je dois dire que je comprends dans le résultat de ma pratique générale les cas où j'ai été appelé en consultation, ce qui, je l'avoue, porte au-delà d'une proportion raisonnable le nombre des accouchements par les instruments. Dans les premières éditions de cet ouvrage j'exprimais une opinion que je soutiens encore, c'est que, de deux maux, il est infiniment plus sûr pour la mère d'intervenir trop tôt que de temporiser.

pour effectuer sa dilatation dans un temps limité, généralement dans les 12 heures.

2° On ne peut appliquer le forceps que lorsque l'orifice utérin est complétement dilaté.

3° Il a été établi par le docteur Osborn, qu'un enfant ne pouvait passer si le diamètre conjugué du bassin n'était que de 2 pouces 3/4. Le docteur Clark est plus exact quand il dit que la tête ne peut passer en entier si le diamètre n'a pas 3 pouces 1/4, et même le diamètre réclamera généralement l'emploi du perforateur. Il y a à la vérité un cas rapporté par Baudelocque où la distance entre les os pariétaux fut diminuée jusqu'à 2 pouces 1/2, et la longueur, à partir du menton jusqu'au vertex, fut augmentée de 7 pouces 3/4. L'enfant fut extrait vivant, et le lendemain la tête avait repris sa forme comme la partie a plus résistante du crâne, depuis 3 jusqu'à 4 pouces suivant le volume de la tête; il est évident qu'en pareil cas le bassin a dû être plus large qu'on ne l'a supposé, d'après la compression des os pariétaux, où la base du crâne a dû descendre très-obliquement; mais l'on ne peut tirer aucune preuve d'un cas particulier, où une tête entière a passé à travers un bassin très-petit par les seules forces de la nature, de la possibilité d'extraire toujours à travers un tel bassin la tête entière d'un enfant mort, pour ne point parler d'un enfant vivant. L'effet de la compression exercée par les instruments, sur une tête, à l'intérieur du bassin, est bien différente de celle exercée par les efforts expulsifs de la matrice. Dans ce dernier cas, tandis que les pariétaux sont rapprochés l'un de l'autre autant que le permet la distension de la membrane qui les unit, parce que le bord de l'un glisse un peu sous celui de l'autre, les os antérieurs et surtout les postérieurs sont séparés, suivant le grand diamètre de la tête, autant que le permet la distension de la membrane qui les unit, et par là la tête est allongée, et la forme du cerveau altérée. D'un autre côté, lorsque la compression est faite par les instruments, l'effet produit est de rapprocher les os latéraux, mais la longueur de la tête n'est pas très-augmentée. Le degré où les os pourront être rapprochés dépendra principalement de la largeur, et, en partie, de l'extensibilité des membranes qui les unissent. Les temporaux sont unis aux pariétaux par une membrane intermédiaire très-étroite qui admet peu de jeu. La membrane à la suture sagittale est aussi généralement étroite, et, dans les cas où elle a le plus de largeur, elle excède à peine un pouce. C'est ici que l'on doit compter sur le plus de changement, et il est évident que si les os pariétaux étaient fortement comprimés, l'un pourrait être poussé sous l'autre aussi loin que le permettrait la largeur de la membrane, c'est-à-dire d'un demi-pouce. Mais dans la plus grande partie du crâne, la membrane n'a point autant de largeur, et y compris l'effet de la distension de la membrane, dans cet endroit et à l'union la plus étroite, vers la suture squammeuse, le forceps, comme je l'ai constaté sur des fœtus nouveaux, ne peut diminuer le diamètre latéral de plus d'un quart, ou au plus d'un trois-huitième de pouce, sans altérer la forme de l'os lui-même, c'est-à-dire sans le fracturer; l'os occipital glisse très-peu sous les pariétaux et ne peut être comprimé beaucoup en arrière. La compression latérale exercée par le forceps ne peut donc allonger la tête, et la forme est peu altérée, ce qui est le contraire de ce qui arrive dans une compression lente mais continue exercée par la matrice. Or, en prenant pour le maximum de l'effet du forceps la diminution d'un demi-pouce, et c'est accorder plus que l'on ne calcule ordinairement, en ne causant point d'enfoncement ni de fracture dans les os, il est évident que le pouvoir de l'instrument pour modifier la tête est très-limité (1). Mais en accordant que les os pariétaux soient rapprochés par la pression artificielle autant qu'ils le sont quelquefois par les efforts de la matrice, de manière à former le sillon que l'on nomme dos de

(1) Baudelocque prit une tête qui avait 4 pouces 2/10 de diamètre, et chercha à la comprimer avec le forceps; l'instrument ne fit que la diminuer de deux dixièmes. Si les protubérances pariétales sont très-proéminentes, une seule ou toutes les deux peuvent être déprimées au point de diminuer le diamètre à cette partie. Le docteur Campbell mentionne un cas où, par une exostose à l'intérieur du bassin, l'os frontal fut tellement enfoncé, qu'il fit saillir l'œil. L'enfant naquit vivant, et la difformité disparut. C'est un point de quelqu'importance à connaître que, même dans un accouchement prématuré, les os pariétaux peuvent être fracturés dans la délivrance lorsque le bassin est rétréci.

truie, il reste encore la base solide du crâne que l'on ne peut estimer moins de 3 pouces 1/4, et qui souvent, comme on l'a vu, est beaucoup plus large. Un grand forceps pourrait écraser cette partie ou la réduire à un volume plus petit comme il pourrait plus facilement enfoncer les os plus minces; mais la question n'est pas de savoir à quel point l'on pourrait, sans entamer la peau, diminuer le volume du crâne en fracturant ou en faisant plier les os, ou en déchirant leur tégument membraneux; elle consiste simplement à savoir quel est le plus petit bassin, à travers lequel l'on puisse faire passer une tête en entier par le moyen des instruments? Et lorsqu'on y aura répondu, nous demanderons ensuite si la tête peut passer à travers ce minimum de la capacité pelvienne, avec sûreté pour la mère, et sans danger de mort pour l'enfant? Il faut retrancher de l'examen les cas où la tête étant flexible, et les douleurs fortes et continues, la forme a été progressivement altérée, et le diamètre considérablement diminué, jusqu'à ce que le tout pût passer; ainsi que ceux où la tête est petite et les ligaments des os relâchés, et où le forceps peut facilement diminuer le volume. Dans les cas ordinaires, il est évident que l'on ne peut espérer amener la tête avec le forceps, à travers un bassin dont le diamètre conjugué n'est que de trois pouces un quart, et souvent la chose est impossible lorsqu'il a trois pouces et demi. Les cas d'enclavement marqué réclament plus souvent le crochet que l'emploi du forceps, et une tête peut être expulsée par les efforts de la nature, à travers un bassin, qui est trop petit pour permettre la délivrance par le forceps, car non-seulement l'on a de moins l'épaisseur des branches, mais la tête s'adapte mieux et suit une ligne qui correspond plus exactement à l'axe du bassin qu'elle ne le fait ordinairement lorsqu'on emploie le forceps; mais alors d'un autre côté, les douleurs peuvent manquer, ou les forces de la matrice et de l'économie peuvent être épuisées avant que la terminaison puisse être accomplie.

4° Il est possible d'appliquer le forceps sans pouvoir le faire agir, c'est-à-dire que l'on peut le fixer sûrement sur la tête, et cependant il faudrait employer une telle force et pendant un si long espace de temps, que l'enfant et la mère y succomberaient. La vérité est que cet instrument ne convient pas lorsqu'il faut vaincre une grande résistance ou lorsque le bassin suffit à peine pour permettre d'employer de grands efforts pour amener la tête à travers sa cavité. L'on peut à la fin réussir; mais l'enfant est tué, et les parties molles de la mère s'enflamment et se gangrènent, ou elle meurt d'épuisement. L'on ne peut aisément, quelquefois pas du tout, appliquer le forceps dans les cas d'une contraction considérable; mais même lorsqu'on le peut, l'on ne doit pas persister à déployer une grande force. On a dit que le temps était équivalent à la force, et dans beaucoup de cas c'est vrai; mais il y a une limite pour tous les deux, et cette limite se reconnaît plus aisément par l'expérience qu'elle ne peut être fixée par des règles écrites. Je désire être bien compris, lorsque je dis que les cas d'arrêt sont ceux qui conviennent particulièrement pour le forceps, et que son utilité est limitée dans les cas d'enclavement. Je ne désire pas non plus encourir le reproche de vouloir substituer le crochet au forceps, je dis clairement que dans tous les cas où le dernier instrument, long ou court, peut être introduit et appliqué sûrement sur la tête, il faut chercher à extraire l'enfant avec le forceps, mais l'on ne doit point faire d'efforts tenaces et infructueux, encore moins d'imprudentes tentatives pour appliquer l'instrument, et lorsqu'il est appliqué, on ne doit point agir violemment ou brutalement pour amener une tête inamovible; car l'on doit échouer totalement, ou si l'on réussit, c'est après des sacrifices trop chers.

5° Plus la tête est descendue bas, plus l'emploi de l'instrument est facile et sûr. Dans presque tous les cas où le forceps a été utile, la tête était entrée assez en avant dans le bassin, pour que l'oreille correspondît à la surface interne de la partie supérieure du pubis et pour que les os du crâne touchassent le périnée. A moins que cette descente n'ait eu lieu, on ne peut employer ni le petit ni le commun forceps. C'est à ce dernier instrument que je m'arrêterai pour le moment, devant plus tard étudier spécialement l'emploi du long forceps. Lorsque le doigt, sans que la main soit introduite dans le vagin, peut toucher aisément l'oreille, et lorsque le crâne est en contact avec le périnée sans le distendre, l'on peut appliquer le forceps.

6° On a établi comme une règle que la tête devait être restée six heures sur le périnée avant d'employer le forceps;

mais ceci n'est pas tout-à-fait satisfaisant, car dans beaucoup de cas on peut la laisser plus long-temps, et dans d'autres, surtout lorsqu'il y a enclavement, il serait à la fois inutile et dangereux de l'y laisser aussi long-temps. Il est admis dans tous les cas de laisser le travail, avec ou sans avantage, durer six heures, lorsque la délivrance est devenue praticable.

7° Lorsque l'étroitesse du bassin a été constatée, il faut prendre garde que les forces de la matrice ne s'épuisent, ou que les parties molles ne soient trop long-temps comprimées. Aussitôt que la tête est descendue à la portée du forceps ordinaire ou petit, à moins qu'elle ne descende plus bas et que le travail ne se fasse rigoureusement, il faut délivrer artificiellement, et chaque fois que la tête devient enclavée notre intervention est garantie et commandée. Dans les cas donc où le bassin n'est pas proportionné à la tête, il ne faut pas attendre jusqu'à un temps défini, et ne faire attention à la durée qu'autant que chaque heure de plus dans celle du travail ne fasse venir la tête à la portée du petit forceps, et qu'elle épargne la nécessité d'employer le long forceps ou le perforateur.

8° Nous ne devons pas non plus, dans les cas d'arrêt, procéder strictement d'après une *règle* fondée entièrement sur le temps, à moins que nous ne la fassions varier suivant la force de la constitution et les efforts actuels de la matrice. L'on ne peut, pour la question dont il s'agit, considérer comme ayant été décidément en travail, une femme qui aurait eu d'abord de légères douleurs, lesquelles auraient été suspendues pendant quelques heures pour revenir peut-être ensuite, à de longs intervalles, légères et affectant à peine l'orifice utérin. On peut à peine les appeler les douleurs de l'enfantement; et quant à les arrêter ou à les laisser, cela dépendra des considérations que nous avons déjà passées en revue. Il faut calculer le temps, à partir de l'époque où commencèrent les effets évidents et progressifs opérés sur l'orifice utérin, et il faut aussi se guider en partie d'après l'état des douleurs dans la seconde période. La malade peut avoir l'orifice utérin entièrement dilaté, et cependant la seconde période peut être suspendue pendant quelques heures : il peut y avoir une pause dans l'action utérine, employée par le sommeil ou passée dans le calme. C'est bien différent lorsque dès le commencement il y a eu une action continue de la matrice, qui a fait descendre la tête dans le bassin, mais qui n'a pu suffire à l'expulser, parce qu'elle a été faible, limitée ou irrégulière. Dans ce dernier cas, en supposant que l'on ait suivi le précepte d'accomplir la première période dans l'espace d'un certain nombre d'heures de travail réel, et qu'ensuite les douleurs, produisant peu ou point d'effet sur l'utérus ou sur son orifice, aient été arrêtées ou rendues inefficaces; je suis porté à établir en principe, que la seconde période devra être terminée dans un espace de temps un peu plus long qu'on n'en a accordé à la première. Mais, pour prévenir toute méprise dans une règle qui regarde le temps, je dois de nouveau répéter expressément au lecteur, comme je l'ai dit auparavant, en parlant de la première période, qu'il fallait l'accomplir dans un certain temps de travail réel, à partir du commencement, non d'une simple douleur, qui peut même ne pas provenir véritablement de la matrice, mais d'une douleur qui affecte l'orifice utérin; de même il fallait regarder aussi la seconde période comme un état de douleurs utérines, et qu'il ne fallait pas comprendre dans sa durée les heures de suspension qui ont pu être passées dans le sommeil ou dans le repos. Et pour établir une règle concernant le temps où il faut intervenir, je dirai, et cela d'après la réflexion et l'expérience, qu'il y a peu de cas où il faille se fier à la nature au-delà de trente-six heures, et qu'en général on peut avec sûreté intervenir dans les trente heures. Il peut y avoir des cas, surtout ceux de l'enclavement, où les symptômes particuliers justifieront et réclameront l'intervention dans les vingt-quatre heures, mais dans des conditions ordinaires de santé et de force; un simple cas d'arrêt peut être abandonné à la nature jusque entre vingt-quatre et trente-six heures, et le point d'intervention dans cet intervalle de douze heures doit être marqué d'après les efforts qui ont été faits, d'après la durée non interrompue du travail, la persévérance d'une action irrégulière, la position de la tête, ou la longueur de temps qu'elle est restée dans une situation qui rende le forceps applicable, et enfin d'après les forces générales de la femme. En dernier lieu, plus la première période a été prolongée de temps, et plus elle a été douloureuse ou violente, moins nous devons attendre dans la seconde, et réciproquement. Cette remarque cependant

ne s'applique qu'aux cas d'arrêt et non à ceux d'enclavement.

9° Dans les cas où nous prévoyons la nécessité d'employer le forceps et où il y a une fièvre considérable ou une excitation du système vasculaire, avec ou sans tuméfaction locale, il faut avoir recours à la saignée avant d'accoucher. Celle-ci rend l'accouchement plus sûr; on peut, dans certains cas, éviter la nécessité d'employer des instruments : il ne faut pas cependant prendre une simple fréquence du pouls résultant d'efforts continués et de l'excitation pour une fièvre inflammatoire, ni un état tendant à l'épuisement pour de la pléthore.

La doctrine que je viens de soutenir repose sur ce principe : c'est qu'il est plus sûr d'extraire l'enfant avec le forceps que de laisser l'utérus long-temps dans un état d'action, qu'elle soit régulière ou spasmodique, qu'elle conduise directement à l'épuisement ou finalement à une maladie provenant de l'irritation. Si j'ai été long dans mes arguments ou si je me suis répété, je rejette la faute sur la haute importance de la question pour la société. — Quelques malades pressent l'emploi des moyens qui peuvent abréger leurs souffrances, et sont portées à se soumettre à la délivrance artificielle dans des cas où l'accoucheur ne peut nullement y consentir. Mais, en général, c'est une idée opposée qui domine, et ce n'est qu'après de longues souffrances que la malade se réconcilie avec l'emploi des instruments. Le résultat d'un travail est souvent incertain ; par conséquent, pour ce motif aussi bien que pour l'humanité, l'on ne doit dans la première période du travail émettre aucune idée sur la probabilité que les instruments seront nécessaires ; mais à mesure que leur nécessité devient plus apparente, et que le moment de leur application s'approche, il sera convenable de préparer l'esprit des parents à ce qu'il peut être urgent de faire si l'accouchement ne se termine pas naturellement. Quant à la malade elle-même, il faudra consulter la disposition de son esprit. Si, d'après ce que nous avons appris, elle est fortement prédisposée contre toute intervention, il sera nécessaire d'en parler avec prudence et de donner des explications sur la pratique, par rapport à d'autres femmes et non pas par rapport à elle-même, de manière à la préparer à donner son consentement. Mais, si l'on peut s'apercevoir qu'elle est disposée à consentir promptement à ce qu'il peut être nécessaire, il ne faut pas en parler que lors du moment même, vu que la crainte anticipée d'un mal est souvent aussi cruelle que le mal lui-même. Lorsque nous sommes sur le point de délivrer artificiellement, il est utile d'expliquer succinctement et délicatement ce que l'on a l'intention de faire, ce qui a un grand effet pour calmer l'esprit. — Lorsque l'enfant ne pouvait être expulsé par les efforts de la nature, c'était l'usage autrefois d'appliquer des forceps extrêmement forts, qui détruisaient l'enfant, ou bien d'ouvrir la tête et de la retirer avec un crochet. Pour avoir une chance de sauver l'enfant, l'on proposa ensuite, et cela devint bientôt une règle générale, de faire la version et de délivrer par les pieds, vu que par là on pouvait déployer une grande force. Si cependant la résistance était grande, la mort en était invariablement la conséquence. Bien plus, dans beaucoup de cas, le corps était arraché de la tête, qui restait dans l'utérus. C'est ce qui donna naissance à une foule de moyens pour extraire la tête dans cette circonstance. On appliqua des lacets ou des bandes de linge par dessus la tête pour que l'accoucheur pût l'extraire (1). Daventer leur donnait la préférence en même temps qu'il nous informe que l'on pouvait aussi employer des crochets, simples ou doubles, et ceux-ci quelquefois amenaient un enfant vivant. J'ai eu ces instruments qui se composent de deux branches, comme le forceps, et qui s'adaptent comme cet instrument. Les branches sont étroites et se terminent par un crochet qui était fixé à l'oreille. Le danger de cet instrument provenait de son crochet qui, dans tous les cas de bassin rétréci, devait s'enfoncer dans le crâne. Dans les cas d'arrêt, il pouvait quelquefois n'aller qu'à travers les téguments, et ce sont les cas où des enfants vivants venaient au monde.

Il est étonnant qu'il ne soit pas venu de suite à l'esprit des accoucheurs qu'en ôtant le crochet l'on pouvait éviter ce danger, et cependant la tête restait fixée entre les branches. Ceci vient à l'appui de ce que j'ai souvent démontré dans mes leçons sur la chirurgie, que les hommes parviennent souvent jusqu'à un degré d'une grande amélioration, sans cepen-

(1) Le docteur Merriman, p. 289, cite un cas où le lacet coupa le cou, et par suite l'enfant fut décapité.

dant le dépasser, et se contentent fréquemment d'une connaissance imparfaite et dangereuse, sinon funeste pour la pratique, plutôt que de déployer les forces de la réflexion et de l'investigation. Une preuve que c'est dû à cette cause et non à un degré supérieur d'intelligence, chez l'homme qui fait réellement la découverte, c'est que le fait n'est pas plutôt publié qu'une amélioration a été faite, que des hommes instruits la découvrent, malgré les efforts que l'on fait pour la tenir cachée. Le docteur Chamberlain publia, en 1672, une traduction du traité de Mauriceau; dans la préface de cet ouvrage il dit que son père, son frère et lui possédaient un secret au moyen duquel ils pouvaient délivrer des femmes, sans détruire l'enfant, quoique le bassin fût petit. Avant cette publication cependant, il était allé à Paris dans l'espoir de vendre son secret. Mais se vantant imprudemment de pouvoir délivrer une femme que Mauriceau avait déclaré ne pouvoir accoucher que par l'opération césarienne, et échouant dans l'effet qu'il avait promis, il fut obligé de s'en retourner les poches vides et avec peu de réputation; de là il se rendit en Hollande où il vendit du moins une partie de son secret à Royer Roonhuysen, d'où il passa au célèbre Ruysch, qui fit trafic du secret comme tous les autres, et il ne fut publié qu'en 1753, où De Vischer et Van de Pole l'achetèrent et le divulguèrent. L'instrument révélé est connu sous le nom de *levier*, mais il est prouvé maintenant que Chamberlain employait aussi le forceps, qu'il ne vendit que la moitié de son secret à Roonhuysen, ou que le dernier préféra le levier, ou ne donna connaissance aux autres que de cet instrument, se réservant le forceps. Cela peut, comme la lithotomie de Raw, être important pour l'histoire du charlatanisme, mais pour nous il nous intéresse peu. Depuis peu l'on a découvert les instruments de Chamberlain, que l'on supposa avoir été fabriqués par lui-même. L'un est un levier; les deux autres sont des forceps, dont un est un peu plus perfectionné que l'autre (1). Bientôt après d'autres accoucheurs, en Angleterre, paraissent avoir inventé de semblables instruments qu'ils tinrent aussi secrets, et peut-être la première description se trouve t-elle dans les *Edimb. m. essays*, pour l'année 1733. Dans le même volume on reproche amèrement à Chapman de cacher l'instrument dont il parle dans son traité. Il répara cette faute dans l'édition suivante. Le docteur Smellie, en 1752, publia son système contenant, parmi d'autres instructions utiles, une description détaillée de la manière d'employer le forceps, dont il perfectionna la construction. Et presque dans le même temps, Levret, à Paris, rendait le même service à ses concitoyens. Je ne trouve pas nécessaire de détailler les différentes modifications qu'a subies le forceps; je ne présenterai que quelques remarques sur sa construction. On peut diviser les forceps en forceps longs et en forceps courts; en forceps droits, c'est-à-dire ceux qui n'ont qu'une simple courbure, et en ceux qui ont une courbure double ou latérale; en ceux qui ont les deux bords des branches correspondantes à une égale distance, et ceux qui ont un bord un peu plus rapproché que l'autre. Cette foule de variétés montre que tout dépend de la dextérité et du caprice de l'accoucheur, et aussi qu'il n'y a point de forme meilleure que les autres, ou que celle-ci n'est point encore découverte. Comme le volume de la tête, la capacité du bassin, et la présentation varient, il n'est pas étonnant que l'on trouve une forme plus utile que l'autre; il serait plus surprenant qu'un seul instrument convînt également bien dans tous les cas. L'on croirait obtenir l'instrument le plus parfait en moulant la largeur des branches sur la partie de la tête sur laquelle on les applique ordinairement. C'est ce que j'ai fait, et j'ai obtenu des résultats très-différents; car le moule pris sur une tête ne conviendra nullement à une autre. L'on peut par conséquent dire de suite que l'on ne peut fabriquer d'instrument qui convienne entièrement à toutes les têtes, et qui les embrasse parfaitement, quand bien même l'on pourrait toujours l'appliquer sur les mêmes lignes. L'on trouvera aussi que, quoique dans quelques cas les deux bords antérieur et postérieur des côtés opposés du moule soient à une égale distance, cependant en général l'un sera plus rapproché que l'autre d'un quart de pouce, et pour que le bord antérieur ou postérieur soit le plus près, cela ne dépend pas toujours de la partie où l'on applique le forceps, mais aussi de la forme de la tête de l'individu. Or, si ce principe était adopté, comme il l'a été pour quelques forceps, l'on trouverait en gé-

(1) Voir un Mémoire par M. Cansardine in *Med. chir. trans.*, IX, 181.

néral qu'un instrument construit d'après ce principe serait plus sujet à glisser, et lèserait plus probablement le cuir chevelu, en pressant principalement avec un seul bord, qu'un forceps d'une construction plus simple. — (1) Le forceps primitif était droit, et Levret le premier ajouta la courbure latérale, ou ce qu'on a appelé la nouvelle courbure. On supposa que ce forceps était plus avantageux en ce qu'il correspondait mieux avec la forme du bassin et la courbure du vagin. Il est évident que sous ce point de vue on en retirerait peu d'avantage, car l'instrument est appliqué étroitement sur la tête, et ne doit pas la quitter en aucun point, de manière à empiéter sur le bassin. C'est à la tête qu'il faut faire attention, et l'instrument passe avec elle comme un appendice qui n'affecte nullement le corps qui se meut (2). S'il y a quelque effet de produit, ce doit être sur la portion qui se trouve entre l'articulation et la tête. Mais l'on n'a jamais proposé de limiter la courbure à cette portion. Le mérite comparatif du forceps droit avec celui qui est recourbé doit être décidé par la réponse à cette question : Quel est celui qui saisit mieux la tête, et qui s'applique le mieux sur elle? — C'est à l'expérience de déterminer cela, et je crois que, quoique l'un et l'autre soient sûrs et efficaces, les branches droites seront moins sujettes à aller de travers; ensuite, quant à la longueur, l'on trouve que celle de la ligne, à partir de la partie de la tête qui se présente, jusqu'au côté du menton, est de cinq à cinq pouces un quart. Les branches doivent donc avoir au moins cette longueur; mais, comme il ne conviendrait pas que l'articulation fût exactement en contact avec la tête, on doit ajouter un peu plus à leur longueur. Le forceps du docteur Orme, qui est droit et qui convient bien, a cinq pouces trois quarts (1). Le docteur Lowder conserva la même forme, mais il ajouta un autre pouce. Quelques-uns, que l'on appelle encore des forceps courts, ont plus de longueur, mais sans aucun avantage; et je crois que celui du docteur Burton, d'un autre côté, a moins de quatre pouces. Comme il n'est pas supposable que la tête puisse être sûrement amenée à travers un bassin dont le diamètre sacro-pubien n'est que de trois pouces un quart, il peut paraître inutile que les branches s'approchent à l'extérieur plus que cette longueur; mais cela ne nuit pas et peut être avantageux. Quelques forceps ont eu jusqu'à trois pouces et demi à la partie la plus éloignée; d'autres n'ont qu'un pouce trois quarts; la généralité n'a pas plus de deux pouces trois quarts, et réunit tous les avantages. — La distance des extrémités l'une de l'autre, lorsque le forceps est fermé, est va-

(1) Dans les têtes d'une grosseur modérée, l'on trouve, en appliquant le forceps droit sur la ligne ordinaire, que si l'articulation admet un peu de jeu latéralement, les bords correspondants en arrière ont un quart de pouce plus près l'un de l'autre que les antérieurs.

(2) Je puis dire, comme preuve de ce que j'avance, avoir vu le forceps recourbé être appliqué de travers par méprise, et cependant l'opérateur fit l'extraction de l'enfant sans difficulté et ne découvrit sa méprise qu'après la sortie de la tête.

Burns.

(1) La meilleure forme de forceps est celui qui est modifié par le docteur Orme. Il s'applique bien sur une tête d'une grosseur modérée; mais si elle était volumineuse, je trouve que les branches d'une longueur de trois pouces et demi, à partir de leurs extrémités jusqu'à l'articulation, ne sont pas tout-à-fait en contact avec la surface qu'elles devraient embrasser, du pariétal, du temporal et des joues, tandis que leurs pointes pinceraient la mâchoire. Ce défaut se fait bien sentir en les appliquant sur un moule exact de la tête qui ne cède pas, car sur la tête elle-même cela est souvent moins visible, vu que les parties molles s'élèvent jusqu'à la surface; peut-être aussi parce que nous pouvons comprimer les os en quelque sorte, de manière à ce que l'instrument s'adapte mieux. L'on a ajouté sans aucun avantage, au diamètre pris entre les deux branches de l'instrument, depuis un quart jusqu'à un demi-pouce. Dans quelques cas, j'ai trouvé la plus grande largeur, prise à partir de la surface extérieure des branches, de quatre pouces un quart. On remédie à ce défaut, en rendant les branches, à trois pouces et demi à partir de leur extrémité, un peu plus droites, et en recourbant un peu plus la partie supérieure près la jonction des deux branches; mais la première modification est la plus importante. L'articulation peut aussi être un peu plus rapprochée de la fenêtre, de manière que la courbure soit plus saillante. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait trois quarts de pouce entre l'articulation de l'instrument et la tête de l'enfant.

riable, mais on ne désire jamais, lorsqu'il est appliqué, que les deux branches s'approchent jusqu'au dernier point. Si cela arrivait, la tête en souffrirait, et si les extrémités touchaient à la mâchoire, elle pourrait être très-lésée. Il est nécessaire non-seulement d'avoir un forceps long et un forceps court, mais il sera aussi utile d'en avoir qui soient plus recourbés à leurs extrémités qu'au milieu, comme les branches du levier (1). Celui-ci répondra mieux à nos vues dans les présentations de la face, que le forceps commun. L'articulation peut être disposée de manière qu'une branche de ce dernier aille avec celle du forceps droit ordinaire, car il n'est pas nécessaire que les deux branches soient exactement les mêmes; au contraire, il y a des cas où des branches de différente courbure peuvent être plus facilement introduites, et maniées avec plus d'efficacité. Je crois que ce fut le docteur D. Davis qui, le premier, agit méthodiquement d'après ce principe, mais peut-être le poussa-t-il trop loin.

Si l'on emploie le forceps à double courbure, il faut introduire les branches de manière que leur bord convexe se trouve près de la face. Il est donc nécessaire de déterminer, avant de commencer, la branche que l'on placera près le pubis, et on la détermine en constatant de quel côté se trouve la face, en examinant la position de l'oreille ainsi que la forme générale de la présentation. La branche dont on doit se servir la première, sera placée auprès de l'accoucheur, afin de prévenir toute méprise. Si l'on emploie le forceps à courbure simple, il importe peu quelle branche entre la première, et mes observations s'appliquent maintenant à cet instrument. — L'on chauffera légèrement les branches, en les plaçant dans de l'eau tiède. Après avoir vidé la vessie et placé la malade sur le côté gauche dans la position ordinaire, le bassin toutefois étant plus près du bord du lit, un aide ira du côté opposé pour que la malade se soutienne après lui, si elle le désire; un autre aide peut être nécessaire, pour supporter et soulever le genou et la cuisse, lorsqu'on introduira la seconde branche. Après que tout sera disposé, que la tête sera supposée être placée dans la même position que dans le travail naturel, l'opérateur introduira doucement les deux doigts, entre la tête et le pubis, pour aller à la recherche de l'oreille (1), afin qu'il puisse connaître la partie de la tête où il pose les doigts; puis, prenant une branche, il en place l'extrémité dans le creux de sa main, et l'introduit avec précaution et douceur dans le vagin, la faisant glisser entre ses deux doigts et la tête; dans l'introduction, et surtout dans le passage de la branche au-dessus de cette partie de la tête qu'elle touche la première, il est nécessaire, à cause de la courbure de la branche, de diriger le manche en arrière, et presque parallèlement au périnée. Mais, à mesure que la branche avance, le manche sera dirigé plus en avant. La pointe de la cuillère sera légèrement glissée entre la tête et le bassin, par un léger mouvement de va et vient; et lorsque les doigts ne serviront plus à guider la pointe, on les retirera assez en arrière pour qu'ils ne prennent point de place. Lorsque l'extrémité gagne le côté opposé de l'oreille, elle glisse en général assez facilement en avant, et l'introduction complète est suivie quelquefois d'un écoulement liquide qui peut être fétide, et teint de méconium, quoique l'enfant soit vivant; lorsque la branche est entièrement introduite, le manche est sur une ligne presque parallèle, à la surface interne de la symphyse du pubis, mais ne correspondant pas toujours parfaitement à l'axe du détroit supérieur du bassin, car il est souvent, comme nous le ferons observer bientôt, porté un peu trop loin. Dans une présentation naturelle, la branche ne suit pas une ligne tirée à partir du sommet au menton, mais celle qui serait plutôt tirée à partir de la protubérance pariétale obliquement en avant sur la tête, laissant le sommet considérablement au-delà de son bord. Le bord antérieur de la branche, ou celui qui est tourné vers la face, traverse le pariétal, peut-être une partie du frontal, la portion squammeuse du temporal et l'apophyse zygomatique; mais les points précis des différents os sur lesquels repose le bord

(1) La courbure peut être la même que dans le levier, jusqu'à trois pouces à partir des extrémités; puis, au lieu d'être aussi droites que dans le levier, les branches doivent se recourber vers l'articulation de l'instrument comme dans le forceps.

(1) Le docteur Hamilton ne pense pas que cela soit nécessaire.

de la branche n'ont pas besoin d'être détaillés, et ils ne sont pas toujours exactement les mêmes. En général, la fenêtre du forceps comprend la protubérance ainsi que l'oreille, mais quelquefois le bord postérieur ne fait que longer l'oreille, peut être repose-t-il sur elle. La partie centrale des points est généralement sur l'angle de la mâchoire ; la partie antérieure, arrondie de l'extrémité du bord, est sur la branche de l'os maxillaire; la postérieure sur le côté du cou. Au-dessous de l'oreille, si la tête est petite et le forceps un peu plus avancé, l'angle de la mâchoire se trouve à l'extrémité de la fenêtre. La distance des deux branches variera depuis un pouce trois quarts jusqu'à deux pouces trois quarts; la distance de l'articulation jusqu'au crâne, de trois quarts à un pouce.

Dans cette introduction et dans cette application de la branche du forceps, nous ne manœuvrons pas cependant de manière à décrire une ligue donnée, mais l'on est sûr que si l'on introduit la branche directement derrière le pubis et parfaitement au-dessus de l'oreille jusqu'à ce qu'elle s'arrête, et que le manche soit ramené en avant, l'on est sûr, dis-je, que l'instrument a suivi de lui-même une bonne direction. Si l'on porte la branche trop d'un côté du bassin, l'on saisira mal la tête et d'une manière peu sûre, et il est presque certain que l'instrument glissera. — Si les branches ne sont pas introduites assez loin au-delà de l'oreille, pour que leurs extrémités dépassent la base du crâne, de manière à embrasser entièrement la tête dans leur étreinte, il est impossible d'agir avec elles. Les extrémités, allant jusqu'aux oreilles ou un peu au-delà, peuvent à la vérité saisir la tête entre leurs pointes, mais elles ne peuvent faire rien de plus, et elles glissent aussitôt que l'on commence à tirer. — Une fois que la première branche est appliquée, on a besoin rarement de la maintenir, mais elle reste suffisamment fixée entre la tête et le pubis, et l'opérateur procède à l'introduction de la seconde, exactement en sens inverse. Quand la première fut introduite dans le vagin, le manche était placé presque directement en arrière; quand on introduit la seconde, le manche est dirigé en avant ; et par conséquent, à ce moment, la cuisse de la malade doit être soulevée au-dessus de l'autre par un aide. On introduira deux doigts dans le vagin, et sur eux l'on glissera légèrement l'extrémité de la branche, soit de côté ou par derrière, jusqu'à ce qu'elle ait dépassé la racine de la première branche. De quelque manière qu'on l'introduise, il faut avoir soin qu'elle soit placée sur le côté interne du périnée, ou sur la partie postérieure du vagin. Ensuite en promenant le manche en arrière, et en portant dans la même direction l'extrémité de la branche en haut le long du sacrum, elle passera sous la tête, en suivant une ligne correspondant à la branche du côté opposé. Elle glisse aisément entre la tête et le vagin, le long de la courbure du sacrum, et, chemin faisant, quelquefois elle vient très-facilement, et tout d'un coup, rencontrer le mord de l'autre branche, et s'articuler exactement avec elle. Mais le plus souvent il faut un peu d'adresse pour articuler l'instrument, de sorte qu'il est quelquefois nécessaire de retirer un peu l'une ou l'autre branche, généralement c'est la première qui a été poussée trop loin. Pour les faire joindre, si cela ne suffit pas, on trouvera probablement que la difficulté provient de ce que les branches ne sont pas exactement placées en lignes parallèles sur les côtés opposés de la tête, mais l'une est un peu plus près de la face ou de l'occiput que l'autre, ou bien elle est placée obliquement, de sorte que, lorsque nous cherchons à les joindre, elles ne s'articulent point, mais les manches se croisent ou passent l'un sur l'autre. On y remédie en remettant doucement dans une position plus convenable celle qui paraît mal placée; ou, si on ne peut le faire, il faut la retirer et l'introduire de nouveau. Si l'on cherchait à rapprocher de force les manches l'un de l'autre pour les faire joindre, on causerait de la douleur, et très-probablement l'instrument glisserait aussitôt que l'on commencerait à agir. Et si un jeune accoucheur, qui emploierait le forceps pour la première fois, cherchait follement à tirer sur les branches sans les articuler, il les retirerait sans amener la tête. Lorsqu'on articule l'instrument, il faut prende garde de ne pas comprendre dans l'articulation ni les nymphes, ni aucune autre partie de la mère. L'on passera donc le doigt autour du point de jonction, avant que les poignées ne soient pressées l'une contre l'autre, ou qu'elles ne soient exactement articulées. Comme les branches sont fixées le long des côtés de la tête, qui est placée dans l'axe du

détroit supérieur, il est évident que, lorsqu'elles seront réunies, les manches seront situés sur la même ligne ou sur le même axe. Et par conséquent ils seront dirigés en bas et en arrière, et l'articulation de l'instrument s'appuiera sur le bord du périnée.

J'ai dit qu'il fallait introduire la branche antérieure entre la tête et le pubis, la première, mais cela n'est nullement nécessaire; au contraire, l'on trouve quelquefois plus aisé d'introduire la branche postérieure la première, et dans ce cas-là il faudrait le faire. Dans cette opération il faut être circonspect et prudent. Il ne faut point nous restreindre sous le rapport du temps, ni promettre que l'opération sera très-promptement terminée. Si l'on agit autrement l'on s'exposera beaucoup à manœuvrer mal; ou, si l'on rencontre de la difficulté, l'on renoncera à l'entreprise. Lorsque le bassin est assez rétréci pour ne rendre l'introduction du forceps que juste praticable, la partie de la tête, qui est au-dessus du pubis, projette un peu au-dessus de cet os, de sorte que l'on ne peut passer l'instrument qu'après avoir refoulé un peu en arrière, avec le doigt, la patie que l'on peut atteindre. Ou, quand la tête est enclavée, l'on trouve nécessaire, avant de glisser le forceps, de chercher à la soulever un peu, de manière à faciliter l'introduction de la branche. Tout effort pour vaincre la résistance par la force, toute tentative qui cause beaucoup de douleur doivent être rejetés. D'un autre côté, tant qu'il se conduit avec douceur et prudence, le jeune praticien ne doit point être détourné de son projet parce que la malade se plaint, car les douleurs utérines sont souvent provoquées par son opération, ou bien quelques femmes par timidité se plaignent, lorsqu'on ne cause aucune irritation aux parties; il faut agir avec persévérance et prudence; et je le supplie, s'il apprécie la vie d'un être humain, et pour sa propre tranquillité, de ne point abandonner son entreprise et de n'avoir recours au crochet dans les cas entièrement douteux, qu'après avoir bien constaté qu'on ne peut appliquer un instrument moins dangereux. Après que les branches ont été articulées, l'on tire l'instrument en bas et on le remue un peu pour s'assurer s'il est bien appliqué; ensuite l'on commence l'extraction en mettant à profit la première douleur. Si les douleurs continuent encore, il faut tirer en bas et en arrière dans la direction de l'axe du détroit supérieur, ensuite l'on dirige le manche un peu en avant vers le pubis; puis, après s'être reposé une seconde, on le ramène doucement en arrière, en continuant de tirer en bas. Il ne faut pas porter rapidement ou fortement le forceps en avant ou en arrière contre le pubis ou contre le périnée, car la direction de notre force devrait être en bas dans la ligne de l'axe du détroit supérieur. Le mouvement de vacillation doit faciliter l'extraction, mais s'il est fait librement et avec force, les parties molles seront contusionnées et l'on causera une grande douleur. L'opération de l'extraction ne doit point être faite rapidement ou sans intermission; au contraire, nous devons être circonspects et imiter la marche de la nature. Nous devons agir et cesser d'agir alternativement, et examiner, à mesure que nous avançons, les progrès que l'on fait, et constater aussi que l'instrument est toujours convenablement appliqué sur la tête. Car quelquefois il glisse, ou il change de place; et c'est ce qui arrive s'il n'a point été d'abord très-exactement appliqué. On est sûr qu'il glissera, si les branches n'ont point été introduites assez en avant pour embrasser la tête, ou si elles sont trop près de la face ou de l'occiput, ou si elles ne sont pas tout-à-fait parallèles l'une à l'autre. Et quelque exactement qu'elles aient pu d'abord être appliquées, les efforts que l'on exerce pour l'extraction peuvent les avoir fait changer un peu de place. Dans ce cas il faut s'arrêter et rectifier l'erreur. Et dans tous les cas il faut s'assurer si la tête descend en même temps que l'instrument, autrement le forceps peut venir tout-à-coup à la main. Lorsque l'on fait descendre la tête, la face commence à tourner dans la courbure du sacrum, et les manches doivent tourner dans le même degré sur leur axe. Et lorsque la face est entrée entièrement dans la courbure du sacrum, on doit diriger les manches plus en avant et plus en haut, pour les placer dans l'axe du détroit inférieur. Le mouvement de vacillation doit être alors très-faible et doit se faire d'un ischion à l'autre. A mesure que la tête sort, on relèvera les manches par-dessus la symphyse du pubis. A ce moment il faut procéder avec circonspection, sinon le périnée pourrait être déchiré. Cet accident est plus sujet à arriver si l'on ne fait pas attention à ap-

pliquer exactement le forceps sur la tête. Les branches sont sujettes à glisser un peu et à ne pas embrasser la tête convenablement. Mais, lorsqu'elle est descendue et qu'elle est sur le point de faire son mouvement de rotation, les branches appuient beaucoup sur le périnée; et lorsque la tête tourne, leurs bords peuvent tellement froisser le périnée, qu'ils ne tardent pas à le déchirer.

Les forces, qu'il faut déployer pour amener la tête, doivent évidemment être proportionnées à la résistance, et elles sont quelquefois considérables. Mais l'on cause souvent beaucoup de douleur à la mère, et l'on se donne plus de fatigue en ne tirant pas ou en ne manœuvrant pas dans la direction qu'il convient. — Si l'on ne peut appliquer efficacement les branches de la manière ordinaire, ni les faire manœuvrer, l'on réussit quelquefois promptement en les introduisant sur les côtés du bassin par-dessus la face et le sommet, et presque immédiatement l'on fait remuer la tête. Les branches glissent souvent par degrés de manière à gagner les côtés de la tête lorsqu'elle descend. Je n'ai pas vu que les traits de l'enfant fussent lésés dans cette manœuvre. Si l'on a introduit le forceps sans précaution, la vessie ou l'utérus peut être perforé; ou bien si on laisse la tête trop long-temps enclavée dans le bassin, quelques-unes des parties molles peuvent se gangréner, surtout la partie inférieure et postérieure de la vessie, et alors la femme ne peut garder ses urines. — On prévient cet accident en étant extrêmement attentif dans tous les cas, surtout lorsque les parties molles ont souffert beaucoup ou long-temps de la compression, à évacuer les urines deux fois par jour, en ayant recours, s'il le faut, au cathétérisme. On devra aussi tenir les parties très-propres et les baigner souvent avec une décoction de fleurs de camomille. — Si la fontanelle ou la couronne de la tête se présente, les branches seront placées directement par-dessus les oreilles qui seront comprises dans les fenêtres. Le bord postérieur passera très-près de la protubérance pariétale, soit sur elle, soit un peu devant ou derrière sa saillie, suivant le volume de la tête et l'obliquité de sa position. Les pointes seront sur le côté du cou, ou quelquefois dirigées vers le dos. Le bord antérieur longera, ou peut-être même comprimera l'angle de la mâchoire, il faudra chercher, à mesure que la tête s'avance, à faire descendre le sommet plutôt que la face en élevant le front autant que possible. — Si le changement de position de la tête est tel qu'il soit utile de retirer les branches et de les appliquer dans une meilleure direction, il faudra le faire. Et à la vérité, si l'on peut effectuer quelque changement favorable avant que le forceps ne soit appliqué, cela n'en vaudra que mieux.

J'ai déjà noté les circonstances qui rendent ordinairement une présentation de la face laborieuse, et si le bassin est en quelque degré rétréci, ou si la tête est au-dessus du volume voulu, la difficulté est augmentée et le forceps peut être nécessaire. L'instrument ordinaire ne s'applique pas bien sur la tête, mais ses extrémités glissent sur l'occiput. Il convient donc d'avoir des forceps plus courbes à leurs extrémités, comme ceux que j'ai décrits un peu plus haut. Les branches seront appliquées sur les côtés de la tête; comme dans la présentation naturelle, l'articulation de l'instrument est presque vis-à-vis la partie inférieure du front, ou la racine du nez, et les extrémités embrassent la partie postérieure du temporal et les côtés de l'os occipital, près du cou. Le front est généralement placé le plus bas, et l'on a vu qu'ordinairement il fait son mouvement de rotation en arrière, de manière à reposer définitivement sur le périnée, tandis que le menton se dégage de dessous l'arcade pubienne. L'on manœuvre avec le forceps dans la direction de l'axe du détroit supérieur jusqu'à ce que le front distende le périnée, et alors on cesse pour un instant, ou l'on continue d'agir, mais non plus dans la direction du détroit inférieur. Il est rarement nécessaire de changer l'application des branches.

Dans les présentations de la face, le docteur Davis propose d'abaisser l'occiput en y attachant un levier, ayant de petites éminences dans sa concavité, pour se fixer sur le cuir chevelu; mais cet avis, je crois, n'a point été suivi. — Le bassin est quelquefois assez large au détroit supérieur pour permettre à la tête d'entrer plus ou moins facilement dans la cavité, mais le détroit inférieur est plus rétréci ou altéré dans sa forme, de manière que la tête s'arrête et qu'il faut employer le forceps. Ce cas est rare, mais, lorsqu'il se présente, on devra appliquer les branches sur les côtés de la tête, si cela est possible, de la manière ordinaire. Une simple rigidité du périnée et des parties

molles, réclame à peine par elle-même le secours des instruments. Une saignée faite à temps peut y suppléer.

Quand la fesse se présente et que les secours de l'art sont nécessaires, il est d'usage d'appliquer le crochet mousse sur une des aines, vu que la cuisse est repliée sur le ventre. Cette opération demande du soin pour que l'extrémité de l'instrument ne lèse point tant soit peu la peau de l'enfant ou les parties extérieures de la génération. Il faut introduire le doigt pour diriger la pointe du crochet, et après qu'elle est passée par dessus la cuisse, il faut la maintenir sur elle, comme sur un guide et sur un point d'appui, jusqu'à ce que la cuisse soit descendue et fixée. J'ai vu l'extrémité du crochet s'enfoncer dans la cuisse; si l'on emploie une grande force, l'os peut se fracturer, car la fracture est plus aisée à opérer que la luxation. Si la fesse est à la portée du forceps court, il faut appliquer les branches sur les côtés du bassin de l'enfant, qui est placé diagonalement, par rapport à celui de la mère.

Après avoir donné ces règles de pratique pour l'emploi du forceps dans les cas où la tête est descendue considérablement dans le bassin, je dirai ensuite que quelquefois elle reste placée très-haut ou qu'elle est absolument arrêtée par un rétrécissement du détroit supérieur, de manière à ne pouvoir faire aucun progrès sensible. Lorsqu'elle est située entièrement au-dessus du détroit supérieur ou qu'il n'y a seulement qu'une petite partie qui reste, tandis que la plus grande est entrée, on ne peut employer le forceps, et aucune des observations que je fais ne peut s'appliquer à ce cas-ci. Mais, s'il n'existe aucune difformité, l'on peut penser à l'application du forceps long sur la tête quoique placée très-haut. Il y a deux causes qui peuvent retenir la tête si haut: la première, c'est un degré de rétrécissement dans le détroit supérieur, tel que l'utérus ne puisse simplement sans difficulté pousser la tête assez bas, comme dans les cas d'application ordinaire du forceps, et qu'il soit dangereux que le temps ait constaté par expérience l'impossibilité que la matrice accomplisse ce mouvement. Les parties les moins résistantes du crâne sont entrées, le cuir chevelu est probablement gonflé, mais la partie la plus solide et la plus résistante de la tête est encore au-dessus du détroit supérieur. Cependant, le rétrécissement du bassin n'est pas encore assez déterminé pour que l'on soit certain de la nécessité d'employer l'instrument. L'on portera le doigt très-haut pour sentir l'oreille et constater la position; le forceps ordinaire est trop court, et l'articulation, sinon une partie des manches, serait cachée peut-être dans le vagin. La seconde cause est peut-être une action spasmodique de la matrice, compliquée d'un certain degré de rétrécissement dans le détroit supérieur, mais qui n'est pas assez grand pour empêcher toute action régulière et efficace qui tende à expulser la tête; car j'ai vu cet état survenir chez les femmes qui avaient déjà mis au monde des enfants vivants sans aucun secours. Lorsque le spasme survient dans ce cas-là et qu'il n'est point promptement guéri, cet état dangereux peut se présenter, et la tête, bien loin d'être poussée en bas par les douleurs, est quelquefois soulevée un peu pendant une douleur. Un plus grand délai est dangereux dans cet état de choses; et, quel que soit le parti que l'on adopte, il faut le prendre de suite. L'inflammation est une suite fréquente, et elle peut commencer avant la délivrance. — Il a été long-temps d'usage, et quelques accoucheurs le font encore, de pratiquer dans ce cas-ci la version; mais la force qu'il faut employer pour extraire la tête à travers un bassin rétréci, ne doit pas manquer d'être mortelle pour l'enfant, sans parler de la difficulté et du danger de faire la version dans une matrice très-contractée. Diminuer le volume de la tête, c'est causer avec certitude la mort de l'enfant, ce que l'on ne peut guère éviter en suivant l'ancienne pratique, mais elle ne met pas nécessairement les jours de la mère en danger. Une troisième pratique, que nous allons considérer, c'est l'application du long forceps (1). Smellie, le premier, employa le long forceps dans cette circonstance grave, et il conseille d'appliquer les branches par dessus les oreilles de la même manière que le forceps court. Il est inutile de tenter ce mode d'application lorsque la tête est de grosseur et de résistance ordinaires. Si le bassin, y compris les parties molles, n'a pas entièrement trois pouces et demi, le diamètre latéral de la

(1) Baudelocque préfère la version, lorsqu'elle est praticable. Saxtorph et Plenk proscrivent positivement le forceps. Hamilton et Osiander l'ont employé.

tête ne peut être calculé à moins de trois pouces et demi, et il peut avoir plus. A cette mesure, l'on peut, dans le cas dont il s'agit, ajouter l'épaisseur des branches du forceps, qui est d'un quart de pouce ; car, quoique l'on dise que la fenêtre permet à la protubérance de se loger dans son ouverture, et conséquemment aux branches de s'enfoncer jusqu'au niveau de leur surface ; cependant, l'on ne peut toujours compter là dessus. Il est difficile de comprimer le crâne au-delà d'un quart de pouce par les instruments, et par conséquent l'application du forceps long ou court doit être très-limitée dans les cas de bassin rétréci. J'ai fait avec soin des essais sur un bassin mesurant trois pouces un quart de diamètre, et j'ai trouvé que l'on ne pouvait saisir la tête, à moins qu'elle ne fût libre au-dessus du détroit supérieur. Dans ce cas-ci, l'articulation, quoique les branches aient, à partir de ce point jusqu'à leurs extrémités, sept pouces, doit être au dedans du vagin, et l'on ne peut faire entrer avec le doigt aucune partie de la tête dans le vagin ; car si on le pouvait, il serait difficile de manœuvrer avec l'instrument ou de tirer la tête en bas dans une direction convenable, car, pour le faire, les manches doivent comprimer le périnée aussi loin que le coccyx, et si cet os et le sacrum se courbent beaucoup en avant, les poignées, dans cette position, ne seraient pas assez en arrière pour nous donner quelque avantage. En accordant que dans tous les cas l'on puisse appliquer le forceps par dessus les oreilles de l'enfant, lorsque la tête est au-dessus du détroit supérieur, ou lorsqu'il n'y a qu'une petite partie qui soit entrée, jusqu'où pourrons-nous amener la tête et le forceps dans un bassin qui n'aurait que trois pouces et demi? On peut le déterminer en marquant la distance à partir de l'articulation jusqu'à la partie des branches, qui s'écarte exactement de cette distance. — Si elle est de deux pouces et demi, la tête ne sera entrée dans le bassin que d'environ un demi-pouce ; si l'on porte le diamètre du bassin jusqu'à trois pouces trois-quarts, la distance, à partir des branches jusqu'à cette partie des branches où s'arrêterait l'instrument, sera de trois pouces et demi, et environ un pouce un quart de la tête aura pénétré dans le bassin; puis, en supposant que par la compression des branches, l'on puisse diminuer le volume de la tête jusqu'à même l'étendue d'un demi-pouce, ce qui est le plus qu'on puisse espérer, l'on trouvera que le diamètre le plus petit d'un bassin, à travers lequel l'on pourrait faire passer la tête, ne peut être, dans les circonstances les plus favorables, au-dessous de trois pouces et demi, et même alors, si la chose est praticable, il sera à la fois difficile et dangereux d'employer le forceps appliqué de cette manière, lorsque la tête est au-dessus du détroit supérieur. Après avoir mûrement considéré le sujet, je dois dire que l'on ne peut réellement espérer agir de cette manière avec le forceps long dans un bassin tellement rétréci, qu'il ne puisse, si les douleurs sont fortes, admettre à la fin l'emploi du forceps court ; mais une question importante, c'est de savoir si, lorsque les dimensions sont les mêmes, l'on peut ou l'on doit employer le forceps long plutôt que d'attendre que la tête soit venue à la portée du forceps court ; car, je conviens que l'on ne peut en sûreté employer le forceps long dans un bassin qui n'admettrait pas nécessairement l'emploi du forceps court. L'on peut aisément concevoir des cas où la tête n'est pas descendue assez bas pour employer le dernier sans en être cependant bien éloignée et dans lesquels, si les douleurs étaient un peu plus vives et si l'utérus poussait un peu plus la tête, l'on pourrait appliquer le forceps ordinaire ; mais les forces s'épuisent et les douleurs manquent, et nous n'osons pas attendre plus long-temps. Dans ce cas, l'on se décide, non d'après une plus grande étroitesse du bassin, à faire avec un instrument ce que nous n'aurions jamais pu faire avec un autre, mais d'après des circonstances d'une nature différente, je veux dire celles de la convenance. Mais l'on peut dire avec raison que dans cet argument je conseille l'application du forceps d'une manière défavorable, et que si l'on plaçait les branches différemment, par exemple sur les côtés du bassin et par conséquent sur l'occiput et la face de l'enfant, l'on y gagnerait quelque chose, du moins l'épaisseur des branches, outre qu'on les appliquerait avec plus de facilité. L'objection est raisonnable, et je suis bien aise que l'on puisse ainsi amener une tête qui d'elle-même n'aurait pu descendre à la portée du forceps court, et qui n'aurait jamais pu être extraite par le forceps long, appliqué sur les côtés de la tête. Cependant, la puissance de cet instrument est limitée à un

cercle très étroit, que je tracerai à la fin de ces considérations. Baudelocque, le premier, donne distinctement la marche à suivre, et il la combat, non-seulement à cause du peu de solidité de la prise, mais parce que, par la compression, le diamètre latéral de la tête est augmenté, quoique ses propres expériences prouvent que cela n'a pas lieu toujours, et que dans quelques cas cela n'arrive qu'à un degré très limité. Il émet cette idée comme une proposition du docteur de Leurye (1). Mais il est évident que ce fut lui seul qui appliqua le forceps diagonalement. Si l'on place une branche vers l'articulation sacro-iliaque, et l'autre en face, derrière le corps opposé du pubis, son bord interne étant à la symphyse, l'on ne peut que faire descendre le sommet de la tête dans le détroit supérieur, mais pas plus. Si l'on introduit les branches sur les côtés du bassin, et si l'on applique l'une sur l'occiput et l'autre sur la face, comme on le fait maintenant le plus souvent lorsqu'on emploie le long forceps, l'on trouve que l'extrémité de celle qui est sur la face s'appuie sur le menton, ou l'embrasse (2). La plus grande largeur entre les branches varie naturellement avec le volume de la tête, depuis quatre pouces trois quarts jusqu'à cinq pouces, et la distance à partir de l'articulation jusqu'au cuir chevelu, depuis un pouce cinq huitièmes jusqu'à deux pouces un quart. De cette manière, non-seulement l'on introduit et l'on applique le forceps plus facilement que de l'autre, mais l'on saisit mieux la tête, et l'on y gagne l'épaisseur des branches. L'on trouve aussi que l'on peut mieux manœuvrer selon l'axe du détroit supérieur. Il faut avoir cependant un diamètre latéral au moins de cinq pouces, si la tête est volumineuse. Pour ne pas léser la face, le docteur Davis propose de garnir de linge l'intérieur de la branche qui est placée sur elle ; mais tandis que ceci doit ajouter au diamètre du corps à passer, il ne présente que peu de sûreté pour la face. Lorsque les branches sont fixées, il faut chercher à amener l'enfant pendant l'existence d'une douleur ; mais nous ne réussirons jamais, si nous ne tirons pas assez en arrière, car si l'on tire directement en bas, l'on ne fait que comprimer plus fortement la tête contre la partie supérieure du pubis. Quoique le bord supérieur du sacrum soit quelquefois de niveau avec la ligne ilio-pectinée, cependant il est souvent plus haut d'un demi-pouce, et il fait une saillie presque aussi grande sur la surface du premier os. Dans ce cas-là, la tête peut entrer plus aisément si elle est dirigée obliquement en arrière, ce qui est une autre raison pour le faire et aussi pour placer les branches sur les côtés. Si nous réussissons à amener la tête dans la cavité du bassin, l'on peut alors échanger le forceps long pour le court, et l'appliquer de la manière ordinaire sur les côtés de la tête. En somme, mon opinion est qu'un praticien bien habile, qui a déjà quelque expérience dans l'emploi du forceps ordinaire, est autorisé à faire quelques tentatives avec prudence et avec fermeté, mais avec douceur, pour appliquer le forceps long, et s'en servir dans un cas où il n'est pas entièrement certain que le perforateur soit indispensable et où la tête est placée trop haut pour permettre l'application du forceps ordinaire. Mais lorsque la tête est située très-haut, alors les chances du succès seront très-minimes en comparaison de celles de la non-réussite, et je recommande fortement à l'opérateur de ne jamais réitérer des tentatives et des efforts qui ne tendraient qu'à produire une inflammation mortelle.

Comme règle générale, il faut se rappeler que l'emploi du forceps est dangereux en proportion de la difficulté de s'en servir et de la force qu'il faut employer pour le faire manœuvrer. Par conséquent, lorsque l'enfant est mort, nous aimons mieux toujours diminuer le volume de la tête. — Je ne doute pas qu'un grand nombre de jeunes accoucheurs, en examinant la position de la tête dans un cas de travail laborieux ou d'arrêt, n'aient cru qu'en plaçant le doigt en guise de crochet sur la partie du crâne qui est la plus libre, ils ne puissent terminer l'accouchement ; mais quand bien même les doigts seraient assez forts, ils sont trop épais, et ils oc-

(1) « Le forceps ne s'applique jamais latéralement, une branche est presque toujours sous le corps du pubis, et c'est la plus difficile à placer; l'autre se place près la tubérosité de l'ischion; et je peux certifier que, malgré toutes les précautions, on n'embrasse jamais la tête complètement, surtout avec la branche qui est la plus près de la face. » *Traité des accouchements*, § 796.

(2) Si le forceps a une courbure latérale, le bord convexe de la branche devra être introduit vers le sacrum.

cupent trop de place, et quand bien même cela n'aurait pas lieu, ils n'ont pas assez de force. Mais ce que les doigts ne peuvent faire peut souvent être opéré avec le lévier, qui est improprement nommé, car on ne doit pas l'employer pour soulever, mais pour accrocher et pour tirer en bas la tête, et l'on serait moins exposé à se tromper sur son application propre si on l'appelait le *tractor*. Quand on l'emploie, notre premier objet est de le placer sur quelque partie de la tête arrondie ou proéminente, mais résistante, qui puisse donner à l'extrémité de l'instrument un point d'appui sûr, et qui en même temps ne peut être lésée par le levier. Il peut prendre un bon appui sur le côté de la mâchoire ou du menton, mais l'os peut être lésé ou fracturé. Un autre point, également bon et plus sûr, vu que c'est une partie plus forte, c'est le derrière de la tête, comprenant la partie inférieure et postérieure de l'os pariétal, la portion très-inférieure et postérieure du temporal, où doit se développer dans la suite l'apophyse mastoïde, et la partie inférieure et latérale de l'os occipital, aussi près des vertèbres que le cou le permettra, c'est là que l'extrémité du levier doit s'appuyer. Lorsque la tête est située tellement obliquement que la face est dirigée très-en haut, on a placé l'extrémité du levier sur le front. Quelques accoucheurs conseillent de le laisser à la première place venue où il s'adapte, et où il trouve un point d'appui, sans nous occuper de ce qu'elle peut être. L'on peut introduire l'instrument sous le pubis, mais comme l'extrémité est recourbée, il est souvent plus aisé de l'introduire sous les côtés du bassin ou même à la partie postérieure, le long du côté du sacrum en le faisant tourner doucement vers le front, jusqu'à ce qu'il rencontre un bon point d'appui, généralement l'un de ceux que j'ai décrits. On attend ensuite qu'une douleur survienne, pendant laquelle on tire sur la tête ou on la refoule en bas, dans la direction de l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire vers le coccyx. On maintient la branche fixe en l'appuyant sur la tête avec les doigts de la main gauche qui est dans le vagin, et si on l'emploie en quelque degré comme un levier, en portant légèrement la branche en avant, l'on prend le point d'appui sur ses doigts, au lieu du pubis et des parties molles. Quelquefois l'on peut presser avec le pouce sur la tige de la branche, et avec les doigts sur la partie opposée de la tête, dans la cavité du sacrum; mais jamais il ne faut faire basculer la tête ni permettre à la branche de comprimer les parties molles du bassin pour en faire un point d'appui. Il y a, à la vérité, une compression plus ou moins grande qui est exercée par la tête elle-même, contre la partie postérieure du bassin, lorsqu'elle descend le long de cette partie. Lorsqu'on agit avec le forceps, une branche est opposée à l'autre; il n'y a nécessairement aucune compression exercée sur les parties molles, excepté celle qui provient du simple volume du corps qui passe; mais il n'en est pas ainsi pour le levier, car, quoiqu'on l'emploie autant que possible comme un crochet ou comme un *tractor*, cependant il ne peut agir exclusivement sur la tête, comme le ferait le crochet; mais il doit, par la compression qu'il exerce sur une partie de la tête, faire que l'autre surface du levier frotte ou comprime la partie du bassin qui est opposée; et par conséquent, malgré tous nos soins, et quand bien même nous emploierions deux doigts comme point d'appui, les parties molles doivent être plus comprimées que par le forceps.

L'on trouvera toujours que le levier est plus ou moins efficace en proportion du concours apporté par l'utérus lui-même, et on ne doit pas l'employer lorsqu'on n'a aucune raison pour espérer la coopération active des douleurs. On doit le regarder plutôt que le forceps comme un aide ajouté aux douleurs, et dont le succès dépend beaucoup plus des efforts de la matrice, et par conséquent dont l'application est plus restreinte. Sous ce point de vue, c'est un instrument limité dans son usage, que l'on emploie seulement dans les cas faciles d'arrêt qui en dernier lieu auraient pu être terminés par les efforts de la nature, et sur lesquels il n'aurait pas été prudent de compter plus long-temps. Les douleurs peuvent n'être pas fortes, mais encore elles aident à l'instrument, qui les stimule à agir avec plus d'efficacité, autrement nous ne faisons rien de bon (1).

---

(1) S'il y a à peine des douleurs, et que les circonstances soient d'ailleurs telles, qu'elles fassent espérer qu'avec l'assistance de l'action utérine la délivrance puisse être promptement effectuée par l'instrument, l'on peut, après l'avoir appliqué, donner l'ergot de seigle avant de

Mais sous un autre point de vue, il doit être préféré tant qu'on le propose dans les cas qui tiennent le juste milieu entre ceux qui admettent l'emploi du forceps court et ceux qui réclament celui du forceps long. Quelques accoucheurs prétendent qu'on peut s'en servir chaque fois que l'on peut employer le forceps long. Lorsque la tête est amenée dans la cavité du bassin, la difficulté est surmontée, et l'on peut en retirer l'instrument et attendre que la tête soit promptement expulsée par les efforts de la nature, ou bien changer le levier de direction et le faire manœuvrer selon l'axe du détroit inférieur. Quelques praticiens emploient le forceps, mais si l'on a été aussi loin avec le levier, l'on peut avec sûreté terminer avec cet instrument.

Lorsque la couronne de la tête se présente, le point d'appui de la branche est généralement près t'apophyse mastoïde, ou vers l'occiput. Le dernier point a l'avantage de rendre la position de la tête convenablement oblique. — Dans les cas de présentation de la face, le levier suit une ligne tirée, à partir du front ou de la racine du nez, son extrémité s'appuie sur le côté de l'occiput, entre le sommet et le cou, mais rarement aussi en arrière que le sommet. — J'ai pensé long-temps que, quoique la pratique puisse rendre un accoucheur capable d'employer indifféremment le levier ou le forceps, avec dextérité, cependant un jeune praticien sera moins sujet à léser la malade, et aura plus de chances de réussir avec le dernier qu'avec le premier, et par conséquent j'accorde une préférence marquée au forceps; en même temps je crois avoir rendu justice au levier.

SECTION II. — *Des cas qui réclament le crochet.*

Il arrive malheureusement que quelquefois le bassin est tellement mal conformé, qu'il ne permet pas à la tête de passer à moins d'avoir été diminuée par une ouverture. — Il est universellement reconnu qu'un enfant vivant ne peut, à neuf mois, passer à travers un bassin dont le diamètre sacro-pubien ne serait que de deux pouces et demi. Des auteurs éminents ont établi que si les dimensions étaient « certainement au-dessous de trois pouces, l'enfant ne pourrait naître vivant. » Cette opinion est réellement vraie, et le petit nombre d'exceptions qui peuvent se rencontrer par hasard, dépendent du volume primitif et de la constitution particulière de l'enfant, ainsi que de la flexibilité du crâne, ou de la forme particulière du bassin, de la force et de l'énergie de la matrice, et des forces générales de la femme. La partie résistante de la base du crâne a souvent plus de trois pouces et demi, et quelquefois quatre pouces; et dans ce cas-ci, malgré tous les efforts que l'on peut faire avec le forceps, en supposant qu'il puisse être appliqué, l'extraction de la tête doit être dans tous les cas laborieuse, et dans un grand nombre, il est presque impossible de l'effectuer avec sûreté pour la mère, même en sacrifiant l'enfant. Il y a eu, il est vrai, des exemples où même, par les efforts de la nature, des enfants vivants ont été expulsés à travers un bassin que l'on supposait n'avoir que trois pouces, et il y a de pareils exemples d'accouchements dans des circonstances semblables qui ont été terminés avec l'aide des instruments (1). Mais l'on ne peut espérer, d'après ce que j'ai déjà dit, extraire avec le forceps une tête sans qu'elle fût ouverte, à travers un bassin dont le diamètre sacro-pubien ne serait pas au moins de trois pouces un quart, y compris les parties molles. Tout le monde sait que, même à neuf mois, l'enfant est quelquefois très-petit, ou la tête, lorsqu'elle n'est pas très-petite, peut être moins large à sa base, ou plus flexible que de coutume; mais pour établir notre jugement dans un cas de mauvaise conformation, nous ne devons pas calculer d'après l'heureuse coïncidence d'une telle condition; mais il faut, à moins que le doigt ne nous fasse pen-

le faire manœuvrer. Ce médicament peut convenir aussi dans quelques cas qui réclament le forceps.

(1) Baudelocque rapporte un cas très-intéressant, où il y avait des signes évidents que le fœtus était mort dans l'utérus, et cependant ils étaient trompeurs; car, au moyen du forceps, la femme mit au monde un enfant vivant, quoique le bassin fût supposé n'avoir qu'environ trois pouces. (L'*Art des accouchements*, dernière édition, sect. 1917.) On peut voir des cas semblables dans les lettres du docteur Alexandre Hamilton, p. 94, 102, 15. J'ai eu à ma connaissance de semblables exemples.

ser le contraire, raisonner d'après le volume et la résistance ordinaire du crâne. Nous ne sommes pas cependant autorisés d'ouvrir à l'instant la tête, seulement parce que nous pensons que le diamètre sacro-pubien du bassin n'a pas trois pouces entiers, mais parce que nous avons constaté, après un essai suffisant et non dangereux, que les forces utérines ne peuvent pousser la tête assez loin pour que l'on puisse appliquer le forceps ou le levier, et les faire manœuvrer avec efficacité. Si aucune partie de la tête n'est entrée dans le détroit supérieur d'un bassin rétréci, le cas ne réclame pas encore évidemment l'emploi du forceps long ou du levier. S'il n'est entré qu'une petite portion, peut-être comme les téguments tuméfiés, nous ne devons pas agir davantage; mais lorsqu'une plus grande partie est descendue, et dans tous les cas où les dimensions du bassin, et les circonstances du cas sont telles que nous soyons autorisés à penser que la tête doit être ouverte, nous devons auparavant chercher, non avec insouciance et légèreté, encore moins avec témérité, mais avec prudence et attention, à introduire et à faire manœuvrer le levier ou le forceps. Pour constater les dimensions du bassin, il sera en général nécessaire d'introduire la main dans le vagin.

L'on peut, du reste, si les dimensions ont moins de trois pouces et un quart, être assuré que l'accouchement à neuf mois ne peut être effectué par les instruments sans la destruction de l'enfant. Mais, comme c'est une affaire très-délicate que de déterminer à une fraction de pouce près la capacité du bassin, une pratique fondée entièrement sur des calculs d'arithmétique doit être peu sûre; c'est pourquoi il faut, dans tous les cas, attendre quelque temps que les douleurs aient produit quelque effet; et ce temps devra être plus ou moins long suivant que dans notre estimation les dimensions seront au-dessous de trois pouces et demi. Quand cela existe ainsi, l'on n'a aucune raison pour espérer que la tête puisse passer, à moins qu'elle ne soit extrêmement flexible, ou petite, ou bien qu'elle ne s'entr'ouvre (1) d'elle même, ou avec le secours de l'art, et s'il n'y a que trois pouces, y compris les parties molles, l'on devra, pour le salut de la mère, perforer la tête aussitôt que l'orifice utérin sera convenablement dilaté, ce qui devra s'effectuer dans le temps spécifié plus haut. On ne peut être autorisé à essayer d'introduire le perforateur avant que l'orifice utérin ne soit entièrement ouvert. Il faut cependant, dans notre examen, noter une circonstance; c'est lorsque le promontoire du sacrum est dirigé un peu obliquement. Dans ce cas-là, quoique le diamètre conjugué, pris à partir de ce point jusqu'au pubis, ne s'étende pas au-delà de trois pouces; cependant, sur les côtés, le diamètre peut être plus grand, la partie la plus épaisse de la tête peut y trouver passage, tandis qu'une portion plus étroite ou plus compressible peut traverser la partie la plus petite. Dans les cas douteux, il est de notre devoir d'attendre quelque temps pour constater ce qu'il peut être fait; non pas que ce délai soit moins fâcheux dans les cas qui réclament le crochet que dans ceux où l'on emploie le forceps, mais parce que l'intervention dans le dernier cas peut procurer de grands avantages sans les acheter avec la certitude d'un mal; tandis que dans le premier la plus grande sûreté ou la diminution des souffrances pour la mère, que procure la perforation, entraînent nécessairement avec elles la destruction de l'enfant. Quelques accoucheurs célèbres du continent semblent penser que le forceps long pourrait, dans la plupart des cas, différer la nécessité du crochet; mais je ne partage pas cette opinion, et en même temps que je cherche à prévenir la perte inutile de l'enfant, je ne puis oublier le danger, sinon la certitude de la mort, pour la mère, qui peut résulter d'un délai intempestif et d'un emploi peu judicieux du forceps.

Mais, quoiqu'il soit établi en règle générale qu'un bassin qui a trois pouces et un quart dans son diamètre conjugué, puisse laisser passer un enfant vivant, soit en appliquant le levier ou le forceps;

(1) Autant que je le puis juger, les sutures cèdent plutôt que les téguments, et le cerveau se répand ou fait saillie comme un sac; lorsque les téguments s'ouvrent les premiers, je crains que cela ne soit dû à une gangrène résultant d'une compression ou d'une lésion quelconque. Un exemple très-remarquable d'une ouverture spontanée du crâne se trouve dans les cas cités par le docteur Hamilton, p. 17.

ou, ce qui est encore plus rare, avec les seuls efforts de la matrice; cependant il n'est pas moins vrai que l'enfant doit être détruit, même lorsque l'espace est plus grand. Cette mesure peut devenir nécessaire à cause de la grosseur de l'enfant, de la résistance du crâne, ou d'un état hydrocéphalique de la tête (1); ou les parties molles du bassin peuvent se tuméfier au point de diminuer en grande proportion la capacité du bassin, et s'opposer efficacement à la délivrance (2); ou l'action spasmodique de l'utérus peut tellement retarder la descente de la tête, qu'elle ne puisse venir à la portée du forceps dans un temps qui soit sûr pour la mère et utile pour l'enfant. Les parties peuvent aussi être si sensibles, que l'examen ordinaire est même douloureux, et que l'application du forceps ou son action efficace deviennent impossibles, dans un cas simplement douteux. J'ai vu, dans un premier accouchement, le forceps échouer entre les mains d'un opérateur très-expérimenté, qui est décédé maintenant, à cause de la longueur de l'opération, et la lenteur que la tête mit à descendre, quoique le diamètre conjugué du bassin eût entièrement trois pouces et demi; et, dans ce cas là, ce ne fut pas sans efforts que l'on employa le crochet. Je sais que quelques personnes seront toutes prêtes à dire que l'opérateur a échoué lorsqu'il aurait dû réussir, mais j'étais très-attentif au procédé de l'opération, et je suis certain de l'exactitude de l'opinion que j'émets sur l'impossibilité qu'il y eut de délivrer avec le forceps dans ce cas particulier. Des convulsions alarmantes peuvent aussi nous engager à perforer la tête dans un cas de mauvaise conformation, lorsqu'il est peut-être probable que le levier ou le long forceps eût pu réussir, après un délai ou un laps de temps plus long que ne comportait la santé de la mère; mais cette combinaison funeste doit être rare, et je crois qu'aucun praticien de cette ville n'a rencontré un pareil cas. A une époque, cependant, le crochet fut employé dans les cas de convulsions, pour lesquels on fait usage aujourd'hui du levier ou du forceps.

En employant témérairement et trop promptement le crochet, on a tiré à travers le bassin des enfants vivants ayant le crâne ouvert, et qui, dans cet état horrible, ont survécu un jour ou deux (1). Pour prévenir tout danger d'extraire un enfant vivant mutilé, et pour éviter en même temps de tuer ou de faire souffrir l'enfant (2), même dans les cas qui réclamaient évidemment l'emploi du perforateur, quelques accoucheurs ont attendu pour opérer que l'enfant parût avoir été détruit par les efforts expulsifs ou par quelque autre cause, et par conséquent ils ont cherché à constater les signes qui pourraient faire connaître la mort de l'enfant (3). — La connaissance de ces

(1) J'ai vu un crâne tellement distendu par de l'eau, que, lorsqu'il fut distendu par l'air après l'accouchement pour lui faire reprendre son volume primitif, il avait vingt-deux pouces de circonférence.

(2) Baudelocque, l'*Art des accouchements*, sect. 1705. Voyez aussi un cas semblable dans les lettres du docteur A. Hamilton, p. 83. Tout praticien attentif doit, d'après sa propre expérience, admettre le fait.

(1) Voir Mauriceau, obs. 584. La Motte, cas exc. Hamilton's *Letters*, p. 158. Peu, *La pratique*, p. 346. Crantz, *De re instrum.*, etc., sect. 38. M. Hammond rapporte un cas où l'enfant vécut quarante-six heures; il pouvait crier, et l'on suppose qu'il mourut plutôt de la perte de sang que de la lésion du cerveau. Le cervelet n'était point lésé. *Med. and chir. trans.*, vol. XII, part. 2.

(2) On a discuté pour savoir si l'enfant dans l'utérus était capable de sentir. Les faits et le raisonnement sont en faveur de sa sensibilité.

(3) On a décrit, comme signes de la mort de l'enfant, un sentiment de pesanteur, ou la sensation d'un corps qui roule dans l'utérus, l'absence du mouvement de la part de l'enfant, un visage pâle et des yeux enfoncés, le ventre froid avec diminution dans son volume, la flaccidité des seins qui ne contiennent point de lait, la fétidité de l'écoulement par le vagin, la liqueur amniotique colorée en apparence de méconium, quoique ce soit la tête qui se présente la première, la sensation de gaz dans la tête, l'absence d'une tumeur résistante formée par le crâne lorsque la tête est comprimée dans un bassin étroit, l'absence de pulsation dans le cordon, etc. (Voir Mauriceau, obs. 881.) Quand une femme met au monde un enfant qui est mort depuis quelque temps, il faut surveiller sa convalescence de peur qu'elle ne tourne mal. Je dois noter ici que pour remplacer le crochet

signes était bien plus précieuse à une époque où le forceps n'était pas découvert. Mais ceux qui ont été énumérés sont en général extrêmement équivoques. Depuis peu l'on a employé le stéthoscope pour décider le cas par la présence ou l'absence du son du cœur du fœtus. Et l'on prétend que par là l'on peut épargner beaucoup de souffrances inutiles. Quand on entend distinctement le cœur, il ne peut y avoir de doute, mais la réciproque n'est pas satisfaisante; l'un a l'ouïe meilleure qu'un autre, et il faut accorder quelque chose à la pratique; il est certainement à désirer que les étudiants saisissent toutes les occasions pour acquérir de l'expérience en cette matière. — Les procédés de l'opération sont très-simples. Après avoir convenablement vidé le rectum, et surtout la vessie, l'on place le doigt indicateur d'une main sur la tête de l'enfant, et avec l'autre main l'on porte le perforateur à l'endroit où est le doigt. L'instrument porté avec précaution le long du doigt qui le dirige, ne peut léser ni le vagin ni l'orifice utérin, et en général l'on ne rencontre aucune difficulté dans cette partie de l'opération. Quelquefois cependant dans une grande difformité, l'orifice utérin est placé si obliquement qu'il faut auparavant le mettre doucement dans la position la plus favorable qui est la partie la plus large du bassin, et ensuite, lorsque le perforateur est placé sur la tête, il faut que le manche soit dans l'axe du détroit supérieur, ce qui fait que le périnée est distendu en arrière. Après avoir pris toutes ces mesures, l'on procède à la perforation du crâne, et la pointe de l'instrument doit s'appuyer sur l'os à travers lequel il faut la pousser de suite ou après une courte pause, soit en appuyant fortement sur la pointe, soit en la faisant tourner. L'instrument doit être enfoncé jusqu'à ce qu'il rencontre un obstacle. Alors on doit ouvrir les branches de manière à dilacérer le crâne, et pour élargir l'ouverture, on peut les fermer, les faire tourner à angle droit par rapport à leur première position, et les ouvrir de nouveau de manière à pratiquer une ouverture cruciale. Si les eaux de l'amnios se sont bien écoulées et qu'une portion du crâne soit entrée dans le bassin, on peut pratiquer la perforation sans avoir besoin de maintenir la tête; mais si toute la tête est placée au-dessus du détroit supérieur, il peut être nécessaire de la fixer en la comprimant au-dessus du pubis. Il convient d'ajouter que si la face se présente, il faut perforer le front juste au-dessus du nez.

Si l'on a fait la version et que l'on désire ouvrir la tête, on doit introduire l'instrument derrière l'oreille, ouvrir largement les os latéralement et en haut, ensuite l'on introduit le crochet et l'on a un bon point d'appui sur la base de l'os occipital et sur le trou occipital. Il est rarement nécessaire de fracturer le crâne entièrement en faisant tourner le perforateur à l'intérieur de la tête. Si une partie du crâne est entrée dans le bassin, une portion de la cervelle peut sortir en un jet lorsque les os sont ouverts, et toutes les fois l'on a une hémorrhagie plus ou moins grande, provenant des vaisseaux du cerveau. Quelquefois le sang coule avec abondance. L'on a toujours conseillé d'attendre longtemps, après l'ouverture de la tête, avant d'appliquer le crochet; sans doute, si l'opération a été faite de bonne heure, l'on peut pour quelque temps abandonner le cas aux efforts de l'utérus; quoiqu'ils ne puissent pas effectuer la délivrance, cependant ils peuvent pousser la tête qui cède, et rendre l'action du crochet moins pénible. Mais, lorsque le travail a été déjà long-temps prolongé, l'avantage de ce conseil doit être fortement contesté d'après les raisons que j'ai déjà données en ce qui concerne les secours des instruments. S'il y a raison pour croire que le crochet peut être aussitôt employé aisément, à quoi bon attendre? Dans une plus grande difformité il peut y avoir quelque avantage de différer pendant quelque temps. Le docteur Osborn dans ses essais conseille d'ouvrir de bonne heure la tête et d'attendre ensuite trente heures pour l'extraire. Dans les cas de mauvaise conformation qui réclament décidément l'emploi du crochet, le premier avis est important, mais le délai d'un nombre d'heures spécifié est, dans la plupart des cas, sinon dans tous, beaucoup trop grand. Il ne suffit pas pour produire, dans tous les cas où l'enfant était vivant lorsqu'on a perforé le crâne, un degré de putréfaction assez grand pour faciliter sensiblement l'opération.

---

on a appliqué un petit forceps sur la tête qui fait prolapsus, où l'on a fixé dans le crâne une espèce de tire-tête. Quelques-uns ont employé le trépan au lieu du perforateur.

Le principal avantage du délai c'est de faire descendre, autant que possible, la tête dans le bassin; mais, en obtenant ce résultat, il faut voir si l'on n'épuise pas davantage la mère en faisant durer les douleurs. Il y a des cas où il serait utile après la perforation de procurer un peu de sommeil, et lorsque cela peut se faire, le délai est convenable.

Si la difformité n'a été que juste suffisante pour réclamer l'emploi du perforateur, alors, si les douleurs deviennent fortes, la tête peut être expulsée sans le secours du crochet; mais ce n'est pas la règle générale; car la base du crâne ne cède pas facilement, et il vaut mieux faire usage de suite du crochet. Mais dans tous les cas, si la difformité est plus grande, ou si les douleurs sont faibles, il n'y a que la partie flexible du crâne qui descende, et la face, ainsi que la base de la tête restent au-dessus du détroit supérieur du bassin jusqu'à ce qu'on emploie le secours de l'art. Quand ce secours est requis, ce qui arrive généralement, il faut introduire le crochet à travers l'ouverture du crâne, le fixer sur le rocher, ou sur une saillie de l'os sphénoïde ou de l'occiput, qui paraisse présenter un point d'appui solide, ou sur la partie extérieure de la base du crâne. Ce sera généralement près l'apophyse mastoïde, et c'est souvent une bonne place. Ensuite l'on tirera doucement pour essayer si l'instrument tient bon, et lorsqu'on s'en sera assuré, on procédera à l'extraction, dans la direction de l'axe du détroit supérieur, par des efforts mesurés et répétés, en déployant toutefois autant de force qu'il est nécessaire pour triompher de la difficulté. En pratiquant cette opération il faut toujours avoir une main ou quelques doigts dans le vagin et sur le crâne pour préserver les parties molles, dans le cas où l'instrument viendrait à glisser. Si l'on emploie la force avec mesure et précaution, l'on sentira toujours l'instrument céder ou déchirer l'os, et l'on sera averti avant qu'il ne glisse. Il faut dans l'extraction agir autant que possible de concert avec les douleurs. Si l'on ne réussit pas de cette manière, l'on peut retirer l'instrument et le fixer sur la partie externe de la tête, l'enfoncer dedans jusqu'à près la base du crâne. Quelquefois à la place du crochet l'on emploie un instrument en forme de pince et on a proposé différents tire-têtes. Le forceps craniotôme, dont on se sert aujourd'hui, est regardé comme plus sûr que ces instruments et on le préfère au crochet. Une branche pénètre à l'intérieur de l'os et l'autre reste au dehors. Une espèce de crochet double, dont une branche restait au dedans du crâne, et l'autre avec des dents restait au dehors, a été proposé par le docteur Davis. Je crois, cependant, que dans des mains habiles le crochet peut être plus sûr.

C'est tout-à-fait une erreur que de supposer que, parce que la tête est ouverte, l'accouchement doit être en conséquence facile. La force requise pour amener la base du crâne, même lorsque le bassin n'est assez étroit que pour empêcher l'application du forceps, est souvent plus grande que celle que l'on déploie dans les cas qui réclament le forceps. La raison en est qu'une partie de la force est perdue sans aucun bénéfice; il n'est pas aisé de fixer le crochet, de manière que son action sur la tête soit directe, sans la faire pencher un peu obliquement, par rapport à l'axe du bassin, ou sans lui faire comprimer inutilement, ou même dangereusement, quelque partie. Il est, à la vérité, souvent impossible de faire descendre la tête qui est ouverte, sans la tirer de manière à faire entrer sa base obliquement, et à lui faire présenter un plus petit diamètre. L'on trouve après l'extraction que le diamètre de la partie solide du crâne est plus d'un quart, peut-être près d'un demi-pouce plus large que le diamètre du bassin constaté après la mort de la femme. Il n'a pu donc dans ce cas-ci que passer obliquement. Un petit forceps, dont les branches pourraient s'approcher l'une de l'autre à trois pouces, peut, dans certains degrés de rétrécissement, agir mieux et requérir un effort moins grand.

Lorsqu'un bras fait saillie, en même temps que la tête se présente, son volume augmente la difficulté, et si l'on ne peut le faire rentrer, il est quelquefois nécessaire de le refouler jusqu'à l'articulation de l'épaule, avant ou après avoir perforé la tête : c'est ce que mon fils a fait avec succès. Il peut arriver que le bassin soit si petit qu'il faut que la tête soit broyée, et qu'on ne laisse que la face et la base du crâne. C'est une opération qui sera facilitée par le ramollissement de la tête, qui a lieu quelque temps après la mort, plutôt par la compression que par la putréfaction. Si l'enfant vient de mourir, les os adhèrent assez fortement; et dans un espace rétréci il faudra plusieurs manœuvres pour les extraire. Mais

si les parties se sont un peu putréfiées ou ont été très-comprimées, ou si l'enfant était mort avant que le travail ne commençât, les os pariétaux et temporaux se détachent facilement et les frontaux se séparent de la face, avec leur apophyse orbitaire. Il ne reste plus donc que la face et la base du crâne, et si le bassin permet à ces restes de passer, l'on peut alors employer le crochet. J'ai mesuré avec soin ces parties placées en différents sens, et je partage entièrement l'opinion du Dr. Hull, accoucheur très-sensé et très-habile, que le plus petit diamètre qui se présente, c'est celui qui s'étend de la racine du nez au menton. Car dans mes expériences, après avoir enlevé complètement les os frontaux et refoulé en arrière l'os maxillaire inférieur, ou après avoir divisé sa symphyse de manière à pouvoir écarter ses branches, ce diamètre ne dépassait pas en général un pouce et demi ; par conséquent, il est très-avantageux de convertir la présentation en celle de la face, avec la racine du nez dirigée vers le pubis. Il faut cependant ajouter à cette mesure le volume du crochet qui doit passer par-dessus la racine du nez et être fixé sur le sphénoïde. Je n'ai pas eu encore l'occasion de rencontrer ce qu'on peut regarder comme le plus petit bassin qui puisse admettre l'accouchement par les voies naturelles (1). Mais je conclurais que chaque fois que le bassin avec les parties molles a un pouce trois quarts (2) ou un pouce et demi, si la tête est extraordinairement petite, parce que l'enfant n'a pas encore neuf mois, l'on peut employer le crochet, pourvu que le diamètre latéral de l'ouverture dans le bassin ait trois pouces ou à une fraction près, peut-être deux pouces trois quarts, lorsque la tête est petite ou très-molle; et plus le diamètre du bassin ira au-dessus de ce qu'on peut regarder comme le minimum, plus l'opération est facile. Je n'ai pas besoin d'ajouter que si le détroit inférieur est très-rétréci, le cas deviendra plus grave; et quand bien même la forme et les dimensions du détroit supérieur ne nous feraient pas hésiter, l'étroitesse du détroit inférieur nous décidera contre l'opération. La main, s'il est nécessaire, sera introduite dans le vagin, et l'examen sera fait avec soin. L'impression générale que nous recevrons d'après la forme, etc., sur la possibilité ou l'impossibilité de l'accouchement, et les calculs ou les déductions que l'on tirera de la dimension supposée, seront rectifiés l'un par l'autre. Il ne faut pas oublier que dans les grandes difformités une chose est d'extraire, et une autre d'extraire avec sûreté. Il est possible qu'après de grands efforts l'on retire l'enfant; mais chacun a dû voir périr la mère dans les cas où la capacité du bassin était loin d'atteindre le minimum. Tantôt la matrice est déchirée, tantôt les parties molles se gangrènent; mais le plus souvent la malade meurt de péritonite, ou le ventre se gonfle sans douleur et la femme succombe. Il faut être satisfait non-seulement lorsqu'on peut extraire l'enfant, mais lorsqu'on peut le faire sans une violence telle qu'elle doive dans toutes les probabilités tuer la mère ; et je mets en question, si les cas extrêmes ne sont pas aussi dangereux pour la mère que l'opération césarienne : certainement ils sont plus douloureux.

En opérant de cette manière, on extrait d'abord la face, et la partie postérieure de l'os occipital est renversée sur le cou comme une palatine. Si l'on suit le procédé contraire, et que l'on amène l'occiput le premier et la face en dernier lieu, après avoir fixé l'instrument sur le trou ovale, alors comme le menton est renversé sur le gosier, le cou et la face devront passer à la fois, ce qui équivaudra à un corps de deux pouces trois quarts. Si d'un autre côté l'on fixe l'instrument sur l'os temporal, ce qui est certainement préférable au trou ovale, et que l'on retire la tête obliquement, cet os et les vertèbres passeront à la fois, ce qui équivaudra à une substance de deux pouces et demi de diamètre, et si la tête passe encore plus obliquement, alors il est évident que le volume devra être un peu plus grand. Par conséquent, quoique le docteur Osborn ait raison de

(1) Je ne sache pas qu'il y ait eu dans cette ville aucun cas de difformité extrême chez une femme enceinte, qui ne rendît l'accouchement possible qu'avec le crochet ou qui nécessitât l'opération césarienne, depuis l'année 1775, où M. Whyte pratiqua la dernière opération.

(2) Baudelocque dit qu'on ne peut admettre le crochet lorsque le bassin n'a qu'un pouce deux tiers. Le docteur Davis prétend, au moyen d'instruments qui broient les os ou ce qu'il appelle un ostéotomiste, avoir tellement réduit les os du crâne, qu'il pouvait passer à travers une machine dont l'ouverture n'avait qu'un pouce de diamètre.

dire que la base du crâne tournée sur les côtés n'a pas plus d'un pouce et demi, cependant il ne faut pas oublier que lorsque le côté opposé vient à passer, le cou passe avec, ce qui augmente le volume. — Après que la tête est descendue et extraite, l'on fixe un linge autour d'elle, et l'on tire sur le corps; ou si cela ne peut se faire, l'on ouvrira le thorax, et l'on y fixera le crochet, en cherchant à amener d'abord une épaule, et ensuite le bras. — Quand on opère avec le crochet, il faut toujours amener la tête dans la partie la plus large du bassin; mais lorsque la difformité est considérable, il faut employer une force assez grande, ce qui cause de la douleur pendant l'opération et fait craindre une inflammation consécutive, qui peut se terminer par la destruction de quelques-unes des parties molles; ou bien si le péritoine se prend, l'inflammation peut devenir mortelle. A la suite d'une lésion faite à la vessie, il peut survenir une rétention d'urine, qui, si elle est négligée, s'accompagne de grands dangers. L'incontinence d'urine est moins à craindre, vu qu'elle est quelquefois guérie par le temps. Une douleur aiguë dans les aines et autour des hanches avec claudication est une autre conséquence fâcheuse. Si la malade n'est point atteinte d'un ramollissement des os, les bains chauds, et dans une période plus avancée les bains froids avec le temps, réussissent généralement. On retire aussi de grands avantages dans cette espèce de douleur, en appliquant une compresse sur l'échancrure sacro-sciatique, et en l'y maintenant attachée avec une bande fortement roulée autour du bassin et de toute la partie supérieure de la cuisse.

En discutant sur la nécessité d'employer le crochet, je n'ai, pas plus que dans mes considérations sur le forceps, fait aucune remarque particulière sur les cas où la capacité du bassin est diminuée par un ovaire hypertrophié, ou par d'autres tumeurs, vu que la pratique est la même; ou bien, lorsqu'il convient de changer de traitement, il a été indiqué au commencement de cet ouvrage. — Pour éviter la destruction de l'enfant et l'opération dangereuse qu'il faut pratiquer pour l'extraire, l'on a proposé de provoquer l'accouchement prématuré(1), et la pratique peut s'appuyer sur des raisons d'utilité et de salut. L'on sait que la tête de l'enfant, au commencement du septième mois, n'a pas plus de deux pouces et demi dans son diamètre latéral; il a deux pouces trois quarts à la fin de ce mois, et trois pouces entiers à la fin du huitième. L'on sait, en outre, qu'il n'y a pas de raison pour espérer qu'un fœtus de neuf mois puisse être expulsé vivant à travers un bassin dont les dimensions ne sont pas de trois pouces, et en dernier lieu, nous avons une foule d'exemples où des enfants nés au septième mois ont vécu très-long-temps. Chaque fois donc que l'on a constaté par une première expérience, au-delà de tout doute, que la tête a neuf mois, elle doit être perforée, il n'y a pas à balancer pour, dans les grossesses subséquentes, provoquer un accouchement prématuré. Cette opération est certainement plus facile pour la mère que l'application du crochet, et l'on ne peut dire que l'enfant s'en trouve plus mal (1). Tous les principes de la morale ainsi que de la science justifient l'opération; bien plus, ils la réclament.

---

(1) Cette pratique fut adoptée pour la première fois vers le milieu du siècle dernier, par le docteur Macaulay, de Londres, et elle fut suivie par d'autres accoucheurs. Environ vingt ans après, elle fut proposée sur le continent par M. Roussel de Vanzème, et depuis peu M. Barlow, dans le huitième volume des *Med. facts*, etc., a cité plusieurs cas où il avait réussi. (Voir aussi *Med. and. phys. journ.*, vol. XIX, XX et XXI.) Il n'est pas inutile pour l'instruction de mes lecteurs que je dise que j'ai été consulté pour savoir s'il n'était pas avantageux de provoquer la sortie des eaux, tandis qu'il n'y avait point de difformité du bassin, mais seulement une collection de matières fécales endurcies dans le rectum. Le docteur Merriman a écrit très-sensément sur ce sujet dans les *Med. chir. trans.*, vol. III, p. 123; il dit que sur quarante-sept cas d'accouchements prématurés, provoqués à cause d'une mauvaise conformation du bassin, dix-neuf enfants sont venus au monde vivants, et ont pu prendre le sein. Il conseille, avec raison, de constater, avant de faire la ponction des membranes, si la présentation est naturelle; si elle ne l'était pas, elle pourrait le devenir dans un jour ou deux.

(1) L'on a proposé d'arrêter le développement de l'enfant par un régime sévère, mais c'est une pratique très-incertaine et très-précaire.

On a proposé deux méthodes pour provoquer l'expulsion du fœtus. La première consiste à introduire un doigt en dedans de l'orifice utérin, à le dilater doucement, et à détacher une portion des membranes de la partie du col avec laquelle elles sont dans un contact immédiat. On peut aussi arriver au même but, en conduisant au dedans de l'orifice utérin une paire de petits forceps, et en les ouvrant légèrement, de manière à le dilater doucement et par degrés, jusqu'à ce que le doigt puisse passer librement. Cet instrument vaut mieux que le doigt tout seul, et produit une moins grande irritation. Il doit ne causer aucune douleur dans l'orifice utérin, mais il détermine dans le dos une sensation qui ne va pas jusqu'à la douleur. Si nous n'avons pas cru prudent de dilater d'une seule fois l'orifice utérin au point que le doigt puisse passer librement et toucher les membranes, l'on peut reprendre la dilatation au bout de douze heures, et alors au moyen du doigt, l'on détachera avec précaution les membranes du col utérin. Mais pour cela, il sera nécessaire d'introduire la main dans le vagin. Si cette opération n'est pas suivie, au bout de trois ou quatre jours d'indices de travail, il faut avoir recours au second moyen, qui consiste à évacuer les eaux de l'amnios, en perçant les membranes avec une sonde longue, étroite et pointue, qui sera conduite par le doigt, ou avec une canule renfermant un stylet, dont la pointe, après que la canule sera conduite par le doigt jusqu'à l'intérieur de l'orifice utérin, sera poussée de manière à ne percer que les membranes. Si l'on pouvait compter toujours sur la première méthode, elle serait préférable à la seconde, vu que l'évacuation des eaux est quelquefois suivie de contractions spasmodiques ou partielles des fibres utérines, et il paraît aussi que la circulation est plus sujette à se troubler. On doit donc toujours tenter d'abord le premier moyen. —Au commencement du septième mois, la distance des bords d'une lèvre de l'orifice utérin aux membranes est de près d'un pouce et demi. Le conduit à partir de l'orifice utérin, le long du col, est rempli par une substance ressemblant à de la gelée non clarifiée. Il est aplati, et aux deux extrémités il a environ un demi-pouce de largeur. D'après ce calcul, il est évident que l'on doit produire une dilatation considérable du col avant que le doigt puisse toucher les membranes, et il faut aussi l'introduire assez loin pour pouvoir les détacher.

Il peut y avoir des cas où il est si difficile de provoquer la matrice au travail, que même, après la ponction des membranes, il est nécessaire de dilater doucement l'orifice utérin. Mais ces cas sont excessivement rares. L'époque à laquelle on devra provoquer l'accouchement doit dépendre du degré de difformité, et lorsque celle ci est très-grande, on doit le provoquer, même à une époque où il n'y a pas de chance que l'enfant survive. Dans ce cas-là c'est pour sauver la mère que l'on pratique l'opération. Il y a beaucoup de cas où les os cèdent par degrés, et deviennent tellement tors, qu'à la fin ils rendent impraticable l'emploi du crochet. Or, en supposant que dans cette condition il survienne plusieurs grossesses consécutives, la règle à suivre, c'est que si la difformité est progressive, il faut abréger le terme de la grossesse et provoquer l'avortement même au troisième mois, si la nécessité l'exige, et traiter le cas comme celui d'un avortement, en prescrivant un repos absolu et en tamponnant le vagin pour arrêter le sang. L'on pourrait se demander pourquoi provoquer ainsi l'avortement et détruire tant d'enfants pour sauver une femme? Cette objection est plus spécieuse que solide; ceux qui la font ne se feraient point probablement scrupule d'employer souvent le crochet, et où est la différence pour l'enfant, qu'il soit détruit dans le troisième ou dans le neuvième mois? Jusqu'à quel point convient-il aux femmes dans ces conditions, d'avoir des enfants? c'est une question que nous ne devons pas examiner, et sur laquelle nous ne serons pas consultés. Je dirais que cela ne convient pas; mais il n'est pas moins évident que, lorsqu'elles sont enceintes, il faut les secourir. Quelquefois il peut être nécessaire d'employer le levier, même lorsque le travail a été provoqué prématurément. — L'intervalle qui existe entre l'emploi des moyens qui provoquent le travail et son apparition varie de deux à cinq ou six jours; le quatrième jour est le terme ordinaire. S'il survient des frissons avant les douleurs, un opiacé est le meilleur remède.

Burns.

CHAPITRE VII.

DE L'ACCOUCHEMENT IMPRATICABLE.

On pourrait objecter, à la fin du chapitre précédent, que l'opération césarienne devrait être pratiquée, et elle le doit être sans doute, dans les cas de difformité extrême, si le temps convenable pour provoquer l'accouchement est passé. Mais le danger que court la mère est si grand, que cette opération ne doit pas être une matière de choix, mais une nécessité. Quand on met en balance l'opération césarienne avec l'emploi du crochet ou la provocation à l'avortement, il faut peser la valeur de la vie de la mère relativement à celle de son enfant. La plupart des hommes ont regardé la vie de la mère comme de la plus haute importance, et par conséquent comme l'opération césarienne est remplie de danger pour elle, aucun accoucheur anglais ne la pratiquera, lorsqu'en détruisant l'enfant il pourra terminer l'accouchement par les voies naturelles. Comme dans un grand nombre de cas la femme est sujette à une maladie regardée jusqu'à présent comme incurable, l'on pourrait supposer que la balance devrait être plutôt en faveur de l'enfant; mais en premier lieu l'on ne peut être toujours certain que l'enfant soit vivant, et en second lieu, il faut considérer jusqu'à quel point il est permis, pour tenter de sauver l'enfant, de pratiquer une opération qui, dans les circonstances dont nous parlons, doit, selon notre expérience, condamner la mère à une mort à laquelle peut-être elle est très-mal préparée.

Il y a, je crois, trente-trois cas rapportés où cette opération a été pratiquée dans la Grande-Bretagne; sur ce nombre seulement deux femmes ont été sauvées (1), mais douze enfants ont été conservés. Sur le continent cependant, où l'opération est pratiquée plus fréquemment, et souvent dans des circonstances plus favorables, le nombre des cas mortels est bien moindre (2). Si l'on se borne aux succès que cette opération a obtenus dans cette île, on doit la regarder comme presque toujours mortelle pour la mère. Cette terminaison fatale est due, non-

(1) Voir un cas rapporté par M. Barlow *in Med. records and researches*, p. 154, et un autre par M. Knowles de Birmingham, dans le quatrième volume des *Trans. of prov. association.*

(2) Suivant le docteur Hull, l'on avait, au moment où il publia son rapport, 231 cas où cette opération fut pratiquée tant dans ce pays qu'à l'étranger, dont 139 réussirent. (Voir une traduction du mémoire de M. Baudelocque, p. 233.) — Il en existe aujourd'hui un plus grand nombre. (Voir aussi Sprengel, *Hist. de méd.*) — Dans un cas qui fut mortel pour la mère et l'enfant, l'opération fut, au troisième jour du travail, pratiquée à Pavie par le docteur Omboni. Le bassin avait trois pouces et une ligne, mais l'on ne pouvait dilater l'orifice utérin avec le doigt; l'occiput était au pubis. La malade fut saignée sans aucun avantage. La pratique, dans un pareil cas, est, je crois, après une copieuse saignée, d'introduire la main dans le vagin et de dilater graduellement l'orifice utérin, et ensuite d'employer le perforateur. Si l'on ne pouvait, à cause d'une maladie, dilater l'orifice utérin, il faudrait en faire la section. — Dans un cas rapporté par Vander Fuhr, la femme n'avait que trois pieds huit pouces de hauteur, et le diamètre sacro-pubien était au-dessous de deux pouces. L'opération fut pratiquée sur la ligne blanche, et la mère put allaiter son enfant. — Dans le cas rapporté par le docteur Muller, la malade se rétablit. (*Edimb. journ.*, XXXI, p. 443.)—Un cas mortel est rapporté par M. Crichton, XXX, p. 53, et un autre par De Haber, dans lequel on pratiqua l'opération, à cause d'une énorme exostose dans le bassin. *Journ. compl.*, XL, p. 248. — Le docteur M'Kibbin pratiqua l'opération à Belfast, à cause d'une exostose dans la cavité du sacrum, qui n'était séparée que d'un pouce et un huitième de la symphyse. Le détroit, supérieur par lui-même, était assez régulier. Le docteur Montgomerie, de Dublin, me fit voir le moule de ce bassin qu'il conservait dans son musée. La malade mourut au bout de dix-sept heures. Dans le même cabinet, j'ai vu une préparation d'une tumeur fibreuse très-volumineuse qui naissait de la matrice, et dont une portion pénétrait dans le bassin et le remplissait. L'opération fut pratiquée par M. Porter. La femme survécut vingt et une heures. (Voir *Dublin Journ.*, vol. VI, p. 418, and Exposition, etc., p. 184.)— Dans le cas rapporté par Tassinari, l'enfant fut détruit, mais la mère en revint. Elle aurait pu être délivrée par le crochet, car le diamètre sacro-pubien du bassin, qui, dit-on, avait à peine la largeur de trois doigts, avait laissé

seulement à la lésion qu'éprouve la cavité de l'abdomen et aux suites dangereuses de l'inflammation, même dans les circonstances les plus favorables et avec le meilleur traitement, mais aussi à l'état morbide de l'économie, au moment où l'opération est faite, car la plupart des femmes sont affectées de ramollissement des os, maladie qui par elle-même n'aurait pas tardé à devenir mortelle. L'on a probablement augmenté quelquefois ces dangers, en différant l'opération jusqu'à ce qu'une grande irritation fût produite. Sous ce point de vue défavorable, l'on pourrait peut-être soulever cette question, savoir si la nature, sans l'intervention de l'art, ne pourrait pas, comme dans la grossesse extra-utérine, expulser par abcès l'enfant, de la matrice? L'on a dit que cela était arrivé, mais je ne sache pas qu'on ait rapporté aucun cas satisfaisant. Chaque fois que cette terminaison a eu lieu, il s'est fait une rupture de la matrice, et l'enfant a été chassé dans la cavité abdominale; ou bien, dans le plus grand nombre de cas, la grossesse a été évidemment tout d'abord extra-utérine. L'on est par conséquent conduit à conclure que la mère qui ne peut être délivrée par le crochet, doit se soumettre à l'opération césarienne, ou doit périr inévitablement avec le fruit de sa grossesse.

Le docteur Osborn a prétendu que cette opération était rarement nécessaire, si toutefois elle l'était; que jamais elle n'est requise, lorsque l'espace du pubis au sacrum ou sur les côtés est d'un pouce et demi; que lui-même, dans un cas où la portion la plus large du bassin n'avait qu'un pouce trois quarts de large, et pas plus de deux pouces de long, il avait accouché la femme en brisant le crâne et en faisant basculer sa base. Comme la malade en revint, et qu'ensuite elle mourut, je crois, à la campagne, où elle ne put être examinée, l'on ne peut dire avec certitude quelles étaient les dimensions du bassin. Le docteur Osborn ne doit parler que d'après son opinion; j'ai la plus grande estime pour son caractère et pour ses ouvrages, et il faut des arguments bien puissants pour que je doute de son exactitude. Mais d'après l'état que j'ai déjà donné sur les dimensions de la tête, lorsqu'elle est broyée à neuf mois, ainsi que d'après les expériences du docteur Alexandre Hamilton et du docteur Johnson, je suis convaincu qu'il doit y avoir quelque erreur dans le cas de Sherwood. Si l'enfant avait été amené par la face, il aurait pu avoir assez de place pour passer, tant qu'il s'agit du petit diamètre du détroit; mais le diamètre latéral était trop petit pour que la tête, d'un volume ordinaire, pût passer dans la position que je considère comme la plus favorable. Dans les cas rapportés par le docteur Clarke (1), qui était un accoucheur de la plus grande autorité, l'on sait que le petit diamètre du détroit ne dépassait pas un pouce et demi, mais l'on ne parle pas du diamètre latéral. Comme les femmes recouvrèrent la santé, l'on ne peut déterminer précisément les dimensions et la construction du bassin. Il est aussi bien à regretter que l'on n'ait pas pris, après l'accouchement, le diamètre du crâne, ou celui du crâne et du cou, dans l'état où l'on a pu supposer qu'ils étaient passés à travers le détroit. Ce n'est que lorsqu'on peut

---

cependant pénétrer la tête assez loin pour qu'il fût nécessaire, après l'ouverture de la matrice, d'introduire la main dans le vagin et de la refouler en haut. (*Répertoire*, vi, p. 55.) L'opération fut dernièrement pratiquée à Arras par M. Duchateau, avec succès, pour la mère et l'enfant. (La *Presse médicale*, n. 7, 1837.) Elle a été faite trois fois sur la même femme par le docteur Michaélis. Elle fut pratiquée aussi avec succès par un médecin ignorant. (*Archives*, juillet 1836.)

(1) Voir le docteur Osborn, *Essays*, p. 203, et *Lond. med. journ.*, vol. vii, p. 40. — Le bassin de Lee, selon l'appréciation du docteur Hull, était demi-circulaire, et le plus grand diamètre, lorsqu'il fut dépouillé des parties molles, était d'un pouce dix seizièmes. Celui de Redman était triangulaire, et à chaque paroi le diamètre particulier n'était que d'un pouce un seizième. Il y a eu des bassins de diamètres encore plus petits. Chez la malade de De Sacher, l'os pubis était recouvert par le sacrum. Cette femme fut deux fois opérée. Dans une seconde grossesse, il y eut rupture de la matrice, et l'enfant fut extrait par une opération. Une femme fut aussi deux fois opérée par M. Schenk de Siégen. Elle avait mis préalablement six enfants au monde, mais à la septième grossesse le bassin, par le ramollissement des os, était tellement déformé, que la distance entre les ischions n'avait pas plus de deux doigts de largeur. *Archives*, x, 591.

constater que la tête, placée dans la position dans laquelle elle a été extraite à travers le bassin, ne forme en aucune partie un volume qui ait plus d'un pouce et demi, sur deux ou trois pouces, que l'on peut conclure que la cavité à travers laquelle elle a passé n'a pu avoir que cette largeur.

Enfin c'est une question où tout en établissant une règle générale, il faut admettre quelques exceptions, car un enfant qui n'a pas encore neuf mois, ou qui est très-petit, peut être amené à travers un bassin qui ne permettrait en aucune manière à un fœtus de grosseur ordinaire de passer ; mais il convient, dans le jugement que nous portons, de regarder l'enfant comme étant de neuf mois, à moins que nous ne sachions le contraire, et de calculer d'après la grosseur moyenne ; et jusqu'à ce que le contraire me soit prouvé par l'autopsie de la mère ou par une mesure minutieuse et exacte de l'enfant après la délivrance, je dois adhérer à l'opinion que j'ai déjà émise, savoir, que l'on ne peut employer le crochet lorsque l'enfant est tout-à-fait développé, sans avoir une ouverture à travers le bassin et ses enveloppes qui ait entièrement un pouce trois quarts dans son petit diamètre et trois pouces de long, ou qui ait, si l'enfant n'est pas à terme et si ses os sont mous, un pouce et demi de large et deux pouces trois quarts de long (1). C'est dans cette difformité extrême, qu'il est douteux si l'extraction n'est pas aussi dangereuse que l'opération césarienne, et l'on doit toujours bien réfléchir avant, dans ces cas-là, de donner la préférence à la mutilation.

L'opération elle-même, quoique dangereuse dans ses conséquences et formidable en apparence, n'est nullement difficile à pratiquer. Quelques chirurgiens proposent de faire l'incision perpendiculairement sur la ligne blanche, d'autres transversalement dans la direction des fibres du muscle transverseur, d'autres obliquement dans la direction des fibres des muscles obliques externes. En incisant le long du bord interne du muscle droit, l'on évite, comme le remarque le docteur Campbell, l'artère épigastrique; mais le lieu précis et la direction de l'incision doivent être réglés (1) d'après les circonstances du cas, la forme du ventre et la saillie de la matrice. La longueur de l'incision à travers la peau et les muscles ne doit pas dépasser cinq ou six pouces. Si un vaisseau laisse échapper assez de sang pour réclamer la ligature, il conviendra de la faire avant d'aller plus loin, mais il peut y avoir si peu d'hémorrhagie, que cette précaution ne devienne pas nécessaire. On ouvrira ensuite la matrice par une incision correspondante à l'ouverture externe, et comme le fond, à cause de la forme pendante du ventre, est la partie la plus proéminente, on fera en général l'incision sur ce point, à moins que l'ouverture extérieure ne soit pratiquée plus bas que de coutume. — On devra ensuite

(1) Peu d'accoucheurs contesteront, je pense, que la difformité précise qui réclame l'opération césarienne ne doive être, jusqu'à un certain point, modifiée d'après la dextérité de l'opérateur. Je suppose qu'un chirurgien, dans une campagne éloignée, privé de toute assistance, soit appelé auprès d'une malade dont l'enfant est évidemment vivant et dont le bassin a juste la dimension requise pour l'emploi du crochet, s'il était habile; mais il ne pense pas pouvoir accomplir la délivrance avec cet instrument. Cet homme aura-t-il tort de pratiquer l'opération césarienne? Dans un pareil cas, je dirais, d'après le principe que l'on doit faire de son mieux, que s'il ne peut appeler un opérateur plus habile pendant le temps que l'on peut raisonnablement accorder, le chirurgien devra, après avoir pris les meilleurs conseils qu'il peut se procurer, pratiquer l'opération césarienne, qui sauvera du moins un être vivant. En tenant une conduite opposée, il y a lieu de craindre que la mère et l'enfant ne périssent tous les deux. — Dans un cas rapporté dans le *Journ. de med.* pour l'année 1780, on avait fait, chez une femme, dans le village de Son, la version, et même les membres furent séparés sans que l'accouchement pût être accompli. Quatre jours après, l'on pratiqua l'opération césarienne, et la femme succomba.

(1) L'artère épigastrique gagne le muscle droit et monte entre sa surface interne et son aponévrose. Une grosse branche se rend dans le milieu du muscle, tandis que le tronc se dirige le long du bord extérieur et envoie des ramifications en dehors. La ligne blanche, quand les circonstances le permettent, sera donc le meilleur endroit, et là aussi il est probable que l'on sera moins gêné par les intestins.

extraire l'enfant, et immédiatement après, le placenta; s'il adhérait à la portion de la matrice que l'on a divisée, il vaudrait mieux le détacher et rompre les membranes qui se trouvent sur le bord, que de prolonger l'incision à travers le placenta. Un aide se chargera du soin de l'enfant, tandis qu'un autre prendra garde que les intestins ne fassent saillie. Dans cette partie de l'opération, quoique les artères soient nombreuses et les sinus veineux larges, cependant l'hémorrhagie est rarement grande : elle a été cependant mortelle (1); ensuite on lavera la plaie externe, on en rapprochera les bords et on les mettra en contact par un nombre suffisant de points de suture passés à travers la peau seule, ou à travers la peau et les muscles, en évitant toutefois de léser le péritoine. On placera avec soin dans les intervalles des bandes agglutinatives, et après avoir appliqué un bandage avec une compresse molle, l'on mettra le malade au lit. On devra donner un anodin pour calmer la secousse imprimée à l'économie, et nous devrons nous conduire ensuite d'après les principes généraux de la chirurgie, pour prévenir ou ôter toute irritation et inflammation abdominale. La malade peut succomber, quoiqu'il y ait peu d'inflammation du péritoine. Le docteur Hull a proposé d'opérer aussitôt que l'orifice utérin était dilaté et avant la rupture des membranes, afin que l'ouverture faite à la matrice puisse se rétrécir. Il est très-important d'opérer de bonne heure, avant que la malade ne soit très-irritée, encore moins avant qu'elle ne soit épuisée.

Graefe conseille de pratiquer l'opération immédiatement après la rupture des membranes et le commencement des douleurs d'expulsion. La place à choisir est celle où l'on perçoit le mieux les mouvements de l'enfant et où la matrice est le plus près des parois abdominales; il applique de grosses éponges chaudes sur la ligne où l'on doit pratiquer l'incision, afin de maintenir les intestins. Son incision extérieure a cinq pouces de long, celle pratiquée sur l'utérus a environ un demi-pouce de moins. Les sutures sont faites avec de la soie molle, ayant une ligne et demie d'épaisseur. — Quand la mère succombe à la fin de la grossesse et qu'il y a lieu de penser que l'enfant soit vivant, c'est un devoir impérieux de pratiquer l'opération. La matrice peut vivre plus long-temps que les autres parties du corps, et après que la mère est morte, l'enfant continue toujours ses fonctions. Un exemple est récemment rapporté par le docteur Ebel, où la matrice expulsa un enfant après l'enterrement de la mère, et le fait fut découvert en exhumant le corps, dans le soupçon d'un assassinat.— Une femme mourut à la fin de sa grossesse d'une dysenterie qui avait duré deux mois; et par l'opération pratiquée douze minutes après sa mort, l'on retira un enfant vivant. Le docteur Jackson rendit à la vie un enfant extrait une demi-heure après la mort de sa mère.

L'hystérotomie vaginale, comme on l'a appelée, ne doit point être étudiée ici, vu qu'elle a rapport à la grossesse extra-utérine, à l'oblitération de l'orifice utérin, etc. (1). — Pour remplacer l'opération césarienne et même pour éviter l'emploi du crochet, on a proposé depuis long-temps de diviser la symphyse pubienne, dans l'espoir d'augmenter par là la capacité du bassin. Cette proposition a été fondée sur une opinion, que les os du bassin se séparaient spontanément, sinon toujours, du moins souvent, ou que leurs articulations se relâchaient pendant la grossesse et la parturition, afin de rendre l'accouchement plus facile. Dans une difformité du bassin, la symphyse fut pour la première fois divisée avec un bistouri, pendant le travail, par Sigault, en 1777, assisté par l'ingénieux Alphonse Leroy. — L'opération fut ensuite répétée sur le continent avec différents résultats, suivant le degré de difformité et l'étendue de la séparation. Elle n'a été pratiquée qu'une seule fois (2) dans ce pays, parce que non-seulement elle est dangereuse en elle-même pour la mère, mais aussi parce qu'elle est d'un avantage limité pour l'enfant. Nous avons déjà vu qu'il y avait un certain degré de

(1) Dans une opération qui se termina par la mort, pratiquée à Dresden, vingt minutes suffirent pour exciter les contractions de la matrice.

(1) Voir un cas rapporté par Flamant, *Journ. compl.*, t. XIII, p. 268. Il y a aussi un cas de réussite par le docteur Caffe, qui pratiqua l'opération pour une oblitération du col. *Edimb. journ.*, XXXV.

(2) Voir un cas rapporté par M. Welchman in *Lond. med. journ.* pour l'année 1790, p. 46.

difformité du bassin, qui doit empêcher l'enfant à neuf mois, d'une grosseur ordinaire, de passer vivant ou avec la tête entière. Dans un cas où l'emploi du levier ou du forceps n'est que tout juste impraticable, et où il est nécessaire d'ouvrir la tête, la division de la symphyse sauvera peut-être l'enfant, et la mère ne courra pas plus de danger que dans l'opération césarienne, qui est la seule autre chance de sauver l'enfant. Si l'étroitesse du bassin dépasse ce degré, alors la chance de sauver l'enfant est de beaucoup diminuée, et l'étendue à laquelle il faut séparer les os pour accomplir la délivrance serait, selon toutes les probabilités, suivie d'effets mortels. Dans un cas pareil, l'on peut employer le crochet avec sûreté pour la mère, et il faut le choisir de préférence tant que l'espace n'est pas assez petit pour requérir l'opération césarienne; et dans ce cas-ci la division de la symphyse ne peut rien faire; elle ne peut pas même rendre le crochet utile, à cause de la forme du bassin dans le ramollissement des os, et des grandes lésions que l'on causerait aux parties, après la division de la symphyse, par les manœuvres nécessaires pour délivrer avec les instruments. Il n'y a donc qu'un degré de disproportion entre la tête et le bassin, qui puisse admettre la division; mais la plus petite déviation de ce point fait perdre l'avantage de l'opération. Or cette disproportion est si délicate que l'on ne peut en pratique la constater, car, quoique l'on puisse à un centième de pouce près déterminer la capacité du bassin, cependant l'on ne peut déterminer les dimensions précises de la tête, et par là établir un rapport entre les deux corps; pour cette raison, la division de la symphyse pubienne ne peut être admise avec avantage pour la mère et l'enfant. Je sais très-bien par mes expériences sur les cadavres, que dans l'état puerpéral les articulations sont molles et que l'on peut, après avoir divisé la symphyse, séparer les os jusqu'à l'étendue de trois doigts de largeur, mais une étendue moindre ne ferait rien. Cette division est invariablement accompagnée de celle de l'articulation sacro-iliaque, de sorte que l'opération, en somme si elle pouvait être de quelque utilité dans la délivrance, doit être aussi dangereuse que la section césarienne.

CHAPITRE VIII.

DE L'ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ.

SECTION Ire. — *Accouchement accompagné d'une hémorrhagie utérine.*

Pendant le travail, il y a toujours un léger écoulement d'une viscosité sanguinolente, lorsque les membranes commencent à faire saillie, car les petits vaisseaux qui avoisinent la caduque, près du col de l'utérus, sont ouverts. Dans quelques cas, une quantité très-considérable d'un liquide teint de sang s'écoule de la matrice; mais il n'en résulte aucun mal. Il peut arriver cependant qu'il s'écoule du sang pur, et en assez grande quantité. Si cet accident survient au commencement du travail, il ne diffère en rien des hémorrhagies que j'ai déjà passées en revue. Mais quelquefois le sang ne commence à couler que lorsque la première période du travail est presque ou entièrement accomplie. Si les membranes sont encore entières, il provient sans doute de la séparation d'une partie du placenta ou des caduques, et souvent il est lié à une distension anormale de l'utérus, à cause d'une grande abondance des eaux de l'amnios, ou a une ossification du placenta. Si la rupture des membranes a eu lieu, alors l'on peut supposer que l'hémorrhagie provient de la rupture de l'utérus, et il faut rechercher les symptômes concomitants. Quelquefois on trouvera que l'hémorrhagie provient d'un travail long et laborieux, d'efforts inutiles ou de tentatives faites sans précaution pour dilater l'orifice utérin, ou pour changer la présentation; ou bien elle peut être causée par la rupture du cordon ombilical. Or, dans cette espèce d'accouchements, la pratique est fort simple, et les opinions sont peu partagées, car tout accoucheur expérimenté doit admettre que, lorsque l'hémorrhagie est considérable et qu'elle augmente ou qu'elle continue, le seul moyen de salut consiste à vider l'utérus. Si les douleurs sont fortes, fréquentes et efficaces, que le travail marche régulièrement et qu'il y ait lieu de supposer qu'il sera terminé avant que l'hémorrhagie ait duré assez de temps pour causer des effets funestes, l'on peut avec sûreté se fier à la nature. Il faut tenir la malade dans un milieu frais et dans un état de repos absolu. Mais si les douleurs sont faibles, impuissantes, diminuant plutôt qu'aug-

mentant, tandis que l'hémorrhagie augmente plutôt qu'elle ne diminue, il faut délivrer la femme, soit en faisant la version, soit par les instruments, suivant les circonstances du cas et la position de la tête. Les opiacés sont aussi utiles.

SECTION II. — *Hémorrhagie d'organes autres que la matrice.*

Lorsque l'hémorrhagie vient des poumons ou de l'estomac pendant la grossesse, l'on doit recourir d'abord à la saignée ou aux autres moyens que l'on emploierait, si la malade n'était pas en travail. Si l'hémorrhagie continue d'être violente ou si elle est augmentée par les douleurs d'enfantement, il faut examiner si la délivrance artificielle sera accompagnée de moins de fatigue et d'irritation que la continuation du travail naturel, et par suite avec moins de danger, et agir en conséquence. En général, il faut rarement abandonner ces cas-là aux efforts de la nature, et la prompte délivrance est requise chaque fois qu'elle peut être pratiquée sans beaucoup d'excitation. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'un travail compliqué de maladies autres que l'hémorrhagie, mais qui peuvent être augmentées par l'accouchement à un degré dangereux ou mortel, réclamera également l'intervention de l'art. La pleurésie offre un exemple de cette complication. Je ferai observer aussi, que si cette maladie se présente dans le cours de la grossesse, et si elle nécessite la saignée, etc., à un haut degré, la malade accouche ordinairement prématurément.

SECTION III. — *De la syncope.*

La syncope peut naître de différentes causes, telles que l'hémorrhagie ou la rupture de la matrice; mais ces cas ont été déjà étudiés ou doivent l'être dans la suite. Elle peut provenir d'une constitution délicate et nerveuse, d'un travail long-temps prolongé, d'un état particulier du cœur ou de l'estomac, des passions de l'âme, d'un état maladif de la moelle épinière, et dans ce cas elle est généralement précédée d'une sensation pénible d'abattement. La syncope provenant probablement de cette cause est devenue mortelle sans que la dissection l'ait expliquée. Un simple évanouissement, à moins qu'il ne provienne de causes qui nous engageraient par elles-mêmes à opérer la délivrance, telles qu'un travail laborieux, une perte, etc., ne doit point être regardé comme une raison suffisante pour accoucher la femme; l'on doit employer les remèdes ordinaires, et surtout maintenir la malade dans une position horizontale. La teinture ammoniacale de valériane, ou celle d'opium sont utiles. Mais si les paroxysmes se répètent, quelle qu'en soit la cause, il faut délivrer la femme, si l'état de l'orifice utérin le permet. Il faut avoir grand soin d'arrêter l'hémorrhagie après l'expulsion de l'enfant.

SECTION IV. — *Des convulsions.*

Les convulsions peuvent survenir, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail; elles sont d'espèces différentes, qui réclament un traitement opposé; l'une d'elles est la conséquence d'un grand épuisement, à la suite de fatigues excessives d'un travail prolongé ou d'une hémorrhagie abondante. Elle fait son apparition sans grands symptômes précurseurs, et généralement elle alterne avec la prostration ou un grand sentiment de dépression ou de faiblesse; les muscles de la face et du thorax sont principalement affectés, et le pouls est petit, facile à comprimer et fréquent; la face pâle, les yeux enfoncés et les extrémités froides. Les accès se succèdent assez rapidement, et ne tardent pas à se terminer par une syncope mortelle. Cette espèce requiert naturellement que d'abord l'on supprime l'action de la cause excitante, en arrêtant l'hémorrhagie, ou en prévenant toute espèce d'efforts, et ensuite que l'on règle les forces qui restent ou qu'on les relève par des cordiaux. Les opiacés sont d'une grande utilité. La délivrance artificielle est ordinairement nécessaire. Les convulsions hystériques sont plus communes pendant la grossesse que pendant le travail, et elles ont été déjà étudiées. Je n'ai plus qu'à dire ici que les muscles du tronc et des extrémités sont affectés à un plus haut degré que ceux de la face. Il y a pendant l'accès une apparence de boule hystérique, souvent des palpitations considérables, et quelquefois une espèce de voix rauque ou de cri perçant. A la terminaison de l'accès, la malade rend ordinairement des gaz qui sortent de l'estomac, et souvent, lorsque les convulsions sont sur le point de se terminer, les intestins paraissent se gonfler beaucoup, puis ils s'affaissent tout à-coup. Une partie de ces symptômes est cependant illusoire, car l'épine dorsale est dans ces cas-là fréquemment pliée en arrière, de manière à rendre l'abdomen plus saillant en appa-

rence. Dans l'intervalle, il y a tendance aux rires ou aux pleurs, ou quelquefois à un air puéril. Cette espèce de convulsion est rare pendant les couches. Si la face est colorée, ou s'il y a des maux de tête, et si les yeux sont injectés, on doit commencer par la saignée, et si elle n'est pas suffisante, alors on donnera des antispasmodiques. Si d'un autre côté il n'y a point d'action vasculaire désordonnée, si le sang ne se porte point à la tête, l'on peut d'abord administrer des antispasmodiques, tels que la teinture de valériane ou l'assa-fœtida. Un lavement salin est aussi très-utile. Si ces moyens échouent et que le travail soit très-avancé, il conviendra d'employer le forceps, mais en général la délivrance artificielle n'est pas nécessaire.

L'espèce la plus fréquente des convulsions puerpérales est de la nature de l'éclampsie ou du tétanos, elle se présente cent fois contre une des autres. Les convulsions peuvent attaquer la malade subitement et avec intensité. Elle se lève pour aller à la selle, et elle tombe dans des convulsions; ou bien, étant assise sur sa chaise et conversant avec ses proches, sa physionomie s'altère tout-à-coup, et elle est prise d'un accès; ou bien elle est couchée dans son lit, et la garde-malade est tout-à-coup alarmée par les secousses imprimées au lit, et par la grande agitation de la malade. Tout-à-coup, tout est dans la plus grande confusion, et les cris des femmes annoncent que quelque accident terrible est arrivé. Pour le moment, les convulsions se terminent par une stupeur de courte durée, après quoi la femme se réveille sans avoir la conscience d'avoir été malade, et alors les craintes de ses amies sont calmées pour un moment. Mais quelque temps après, la même scène se répète généralement, ou peut-être, quoique les convulsions aient cessé, la stupeur subsiste toujours, et c'est un mauvais signe que la malade reste insensible dans l'intervalle des accès. Il n'est pas cependant rare, et le docteur Hamilton prétend que cela arrive toujours, que l'attaque soit précédée de quelques symptômes qui, pour un observateur attentif, indiquent son approche. Ils peuvent même exister à un degré tel qu'on ne puisse ne pas y faire attention; ce sont des maux de tête qui sont quelquefois affreux, des tintements d'oreille, des éblouissements, ou l'apparition de petits corps flottants devant les yeux, qui sont ou opaques, ou le plus souvent d'un éclat très-vif; ou bien la malade peut éprouver, dans quelque partie de l'épine dorsale, une douleur plus fixe et plus constante, et qui reste toujours limitée en cette place, sans aucune douleur à la tête. Dans d'autres cas, le premier signe, c'est une douleur violente d'estomac, avec un mal de cœur insupportable, car quelquefois l'estomac est la première partie qui souffre de l'irritation de l'origine des nerfs, et la malade peut mourir avant que les convulsions ne surviennent. Le pouls est ordinairement lent; la malade quelquefois pousse des soupirs profonds ou éprouve de violents frissons qui, à la seconde période du travail, sont toujours dangereux: il y a un grand assoupissement pendant les douleurs. Il n'est point rare ni dangereux que la femme soit assoupie dans l'intervalle des douleurs, mais, dans le cas en question, la malade tombe pendant leur durée dans un sommeil profond. Lorsque l'attaque survient, et elle se montre très-souvent après que ces symptômes précurseurs ont apparu, les muscles entrent dans des convulsions très-violentes; tout le corps tremble fortement. La tête est balancée avec vitesse et avec force en arrière, ou obliquement d'un seul côté par les muscles extenseurs, et la face est horriblement défigurée (1) et souvent tuméfiée. La langue est très-mobile, et elle est exposée à être mordue par les dents; de l'écume s'échappe de la bouche, et une inspiration convulsive la fait souvent rentrer avec un sifflement; ou bien la femme ronfle fortement, et ne peut être éveillée pendant l'accès. La peau devient ordinairement, pendant les convulsions, pourpre ou livide. Le pouls, pendant la durée du paroxysme, est souvent lent, mais quelquefois il devient à la fin fréquent, petit et irrégulier. Cette attaque peut se terminer tout d'un coup en une apoplexie mortelle, mais généralement la malade en revient, et elle n'a nullement le sentiment d'avoir été malade. Il peut n'y avoir qu'une attaque, et j'ai vu la maladie, sans aucune intervention de l'art, se dissiper et ne plus revenir; mais, en général, les attaques se répètent, et si elles ne devien-

(1) M. Fynney cite un cas où il y eut luxation de la mâchoire inférieure, pendant les convulsions qui survinrent lors de la naissance d'un second enfant ou de deux jumeaux. *Med. comment.*, vol. IX, p. 380.

nent pas de suite mortelles, ou si elles ne sont pas arrêtées par les secours de l'art, elles reviennent avec la régularité des douleurs de l'enfantement, devenant de plus en plus fréquentes à mesure qu'elles continuent, et si la malade recouvre sa connaissance dans l'intervalle des deux ou trois premières convulsions, elle devient bientôt tout-à-fait insensible, plongée dans un état de stupeur comme celui de l'apoplexie, et agitée par intervalle par des convulsions qui augmentent de violence. Elle paraît n'éprouver aucunes douleurs d'enfantement; cependant l'orifice utérin est affecté, et quelquefois l'enfant est expulsé pendant un paroxysme; ou, si la malade devient sensible dans les intervalles, et ressent quelque douleur qui survienne, cette douleur est promptement enlevée par une nouvelle convulsion. Le paroxysme peut ne durer que quelques secondes, ou il peut se continuer sans aucune rémittence pendant une demi-heure. Dans quelques cas, la malade reste étendue sans connaissance des heures entières après la naissance de son enfant, et elle est long-temps ensuite à se rappeler qu'elle est accouchée.

Les enfants sont souvent morts-nés, quand bien même la délivrance aurait été naturelle, mais la proportion exacte des enfants morts et vivants n'a pas été déterminée. Quelques auteurs disent que le nombre des vivants excède celui des morts, mais tous s'accordent à reconnaître que l'enfant court de très-grands dangers. Je suis porté à croire qu'ils sont en proportion de l'intensité et de la durée des convulsions.

Les convulsions peuvent se présenter à toutes les époques du travail, soit avant qu'il n'ait commencé, soit après la naissance de l'enfant, et dans ce dernier cas, elles sont quelquefois précédées d'un grand mal de cœur ou d'une oppression à l'estomac. Le docteur Leak cite le cas d'une malade qui avait éprouvé dix ou onze de ces attaques. L'abdomen était gonflé et tendu, et elle vomissait une pituite mêlée de sang, qui probablement provenait de la langue. Elle se rétablit au moyen des saignées et des lavements. — Les convulsions puerpérales diffèrent entièrement de l'épilepsie, car elles ne reparaissent plus en aucun temps, excepté peut-être dans une nouvelle grossesse. Elles surviennent en plus grand nombre dans un temps donné que ne fait l'épilepsie; en général elles appartiennent au genre éclampsie de Sauvages. « *Artuum vel musculorum plurimorum spasmus clonicus acutus cum sensuum obscuratione.* » Cette définition diffère de celle de l'épilepsie par l'absence du caractère « *periodicus* », et Vogel, d'après le même principe, la définit simplement « *epilepsia acuta* ». La différence principale, et elle est d'une haute importance en pratique, c'est que, tandis que les symptômes sont les mêmes dans les deux maladies, ils proviennent, dans l'épilepsie, de quelque affection organique du cerveau, ou d'une irritation directe de cet organe, tandis que dans l'éclampsie, ils dépendent plutôt de quelque cause sympathique et momentanée; c'est très-souvent l'irritation utérine qui réagit sur le cordon de la moelle, et de là sur le cerveau. Quelquefois l'effet produit sur la moelle est le plus saillant, et l'on peut dire avec vérité que la malade éprouve un tétanos. De là, l'éclampsie peut être produite par des vers, la constipation, une indigestion, etc., et quelquefois, non-seulement par l'état de la grossesse, mais aussi par d'autres affections du même organe, dans l'état de virginité. J'ai vu des cas distincts d'éclampsie, dans lesquels les paroxysmes étaient très-violents et très-répétés, et accompagnés, dans les intervalles, de coma ou de délire, causés entièrement par l'irritation menstruelle, et accompagnés d'une forte douleur à l'épigastre et d'un sentiment de prostration. Dans des cas pareils, la saignée et les purgatifs procurent du soulagement, et un vésicatoire sur la tête achève la guérison. Les fomentations ou le bain chaud sont aussi utiles, mais on ne doit point donner d'opiacés, du moins dès le début. Pour revenir à notre sujet, les convulsions puerpérales reparaissent souvent, comme les douleurs de l'enfantement, ou sont fréquemment accompagnées ou précédées par celles-ci; quoique, lorsque les convulsions surviennent, le sentiment de la douleur soit suspendu, et que souvent, mais pas toujours, la contraction utérine soit arrêtée ou diminuée. La même observation s'applique aux tremblements excessifs, qui sont à la vérité une espèce de convulsions, mais qui ne sont pas accompagnées d'une contorsion de la face ni d'une insensibilité. Si la malade se trouve dans un état de stupeur, elle présente des contorsions par intervalles, accompagnées de quelque action dans l'utérus; elles ne sont pas précédées de l'*aura*, et la malade recouvre généralement sa sensibi-

lité beaucoup plus tôt et plus complètement, pendant les intervalles, que dans l'épilepsie; en même temps, il y a eu des exemples où la malade est restée deux jours dans un état de stupeur. Les organes des sens, surtout l'oreille, sont souvent excessivement sensibles.

Les convulsions de l'espèce de celles que je considère sont évidemment liées à la gestation ou à l'accouchement; elles ne se présentent à aucune autre époque, et elles sont plus fréquentes dans un premier travail. Quelques auteurs prétendent qu'elles accompagnent plutôt un travail naturel qu'un accouchement contre nature, mais si l'on prend en considération la fréquence d'une espèce d'accouchements comparée à celle de l'autre, il n'est nullement certain que l'opinion soit exacte. Les convulsions naissent particulièrement d'une irritation utérine, mais aussi elles paraissent fréquemment se lier à un embarras des intestins, remarque sur laquelle je désire appeler l'attention des accoucheurs. Il est généralement reçu que la grossesse produit la pléthore, et je ne prétends pas ici contester le fait, mais établir distinctement que l'on confond souvent les effets de l'excitation avec ceux de la pléthore, car dans beaucoup de cas un stimulus puissant produira les mêmes résultats chez une constitution apauvrie et privée de sang, qu'un autre, moindre, aurait fait sur un tempérament pléthorique. Est-ce que l'apoplexie est entièrement limitée à ce dernier état? Il y a peut-être peu de sujets qui soient plus dignes de nos recherches que les effets de l'irritation des extrémités des nerfs qui se distribuent aux viscères abdominaux, sur la base de l'encéphale et sur la moelle épinière.

Il n'y a pas plus de difficulté ni plus de mystère dans l'étiologie des convulsions puerpérales que dans celle de la chorée, ou de la stupeur ou de l'apoplexie, ou d'un sentiment insupportable de pesanteur dans la tête, provenant d'une irritation de l'estomac ou des intestins, liée à des vers, à de la bile, ou à une action anormale du canal alimentaire. Si les médecins observateurs reconnaissent que ces causes-là produisent souvent de tels effets, pourquoi s'étonner que l'excitation utérine, surtout lorsqu'elle s'associe à celle des intestins, produise des affections tétaniques, spasmodiques ou même apoplectiques! L'irritation sympathique est presque invariablement accompagnée d'un trouble dans le système vasculaire, qui a une grande tendance pour se porter à la tête, soit directement, soit indirectement, au moyen des nerfs spinaux; ce qui aggrave le mal et ce qui devient à la vérité une source principale de dangers. Je suis porté à croire que, dans la majorité des cas, la moelle épinière est d'abord affectée, par l'état des nerfs utérins; puis, immédiatement après, la tête se prend, comme je le décrirai dans un chapitre sur les maladies de la moelle épinière et du cerveau. Le mauvais état des intestins prédispose fortement à cette affection du système nerveux, et le travail paraît l'aggraver fortement.

La plupart des accoucheurs ont observé que le plus grand nombre de cas arrivait chez les femmes qui étaient en travail de leur premier enfant. En faisant après la mort l'examen, l'on trouve quelquefois une turgescence des vaisseaux du cerveau, ou un léger épanchement de sérosité; mais très-souvent on ne peut découvrir nulle part aucune marque de maladie. L'inflammation des intestins paraît être une complication accidentelle (1).

Le premier soin, dans la pratique, c'est d'empêcher la malade de blesser sa langue, en mettant dans sa bouche un morceau de liége ou de bois. Ceci se fait en un instant: ensuite on saignera la malade, et il ne faut pas craindre de tirer du sang; tous nos meilleurs praticiens sont d'accord là-dessus, quelles que soient leurs opinions sur la nature de la maladie ou sur d'autres circonstances. Il faut saigner une ou plusieurs fois, soit que les convulsions se montrent pendant la gestation ou pendant le travail (2). Il y a plus

---

(1) Le docteur Collins pense qu'il y a une forte tendance à l'inflammation; par conséquent, il fait la plus grande attention au moindre degré de douleur, et dès la première apparition, il emploie l'émétique, l'opium, les sangsues, le calomel, etc.

(2) Lamotte cite un cas, p. 522, où une femme, dans les cinq derniers mois de sa grossesse, fut saignée quatre-vingt-six fois. Quelquefois deux onces de sang soulagent la malade. Les praticiens modernes ont tiré avec avantage de quarante à quatre-vingts onces de sang dans un cas de convulsions puerpérales. Puzos insiste sur la nécessité d'une saignée copieuse et d'une prompte délivrance. Cette pratique est adoptée par les accoucheurs les plus sensés de nos jours.

de danger à courir de ne pas tirer assez de sang que d'en tirer trop. Souvent, dans un court espace de temps, l'on a tiré plusieurs livres de sang avec un avantage final. La saignée tend aussi à relacher le col utérin. La quantité de sang qu'il faut ôter dépend de l'intensité et de la tenacité des symptômes. Il ne faut jamais saigner plus qu'il n'est nécessaire pour soulager la malade, et, d'un autre côté, il ne faut non plus s'arrêter prématurément. Il est à désirer que le sang s'écoule le plus promptement et par une ouverture aussi large que possible ; mais il n'est pas essentiel que la veine jugulaire soit ouverte, et cette opération n'est pas souvent sûre et praticable. J'ai observé, en traitant des maladies de la grossesse, que, dans un grand nombre de cas, où les affections qui naissent évidemment par sympathie d'un état d'irritation dans quelques-uns des viscères abdominaux, pouvaient être enlevées par une saignée, ou, si on n'y avait pas recours et que la maladie fût traitée seulement par les purgatifs, il pouvait en résulter une convalescence prolongée ou un danger immédiat. Rien ne démontre mieux ce principe que la maladie qui nous occupe et qui réclame une prompte et généralement une copieuse saignée ; car en enlevant simplement l'irritation qui a provoqué l'action désordonnée des systèmes nerveux et sanguin, on ne guérit pas la maladie. Ensuite l'on administrera un lavement irritant qui, s'il est donné d'abord dès les premiers symptômes, suffit quelquefois pour arrêter par lui-même les progrès de la maladie. Le calomel à haute dose, ou une solution de sels purgatifs peuvent aussi être donnés avec avantage lorsque la personne peut avaler, surtout si les convulsions sont arrivées pendant la grossesse sans qu'il y ait grande tendance au travail; il faut aussi faire attention à la vessie, et évacuer les urines ; la distension seule de cet organe a quelquefois produit des contractions (1). Lorsque la saignée échoue ou qu'elle ne peut être poussée plus loin, on a proposé l'émétique à une dose assez forte pour faire vomir ; mais comme l'emploi de ce médicament est souvent accompagné de conséquences fâcheuses, je ne l'ai pas employé dans cette maladie, je ne puis donc parler de ses avantages d'après mon expérience personnelle. Une partie du traitement, qui est aussi la plus importante et la plus essentielle, consiste donc à désemplir les vaisseaux. Par cette méthode l'on diminue la chance d'une compression mortelle du cerveau ou d'un épanchement sanguin au dedans du crâne, et l'on calme les convulsions. Mais ce n'est pas tout, car la malade est en proie à une maladie qui est liée à une affection de la matrice, et ce n'est qu'en terminant l'accouchement que l'on enlève cet état morbide. Même lorsque les convulsions surviennent dans la première période du travail, l'orifice utérin est généralement ouvert jusqu'à un certain degré, et la saignée à laquelle on a eu recours dès la première attaque de la maladie rend ordinairement l'orifice utérin plus relâché et plus dilatable. Dans ce cas là, quand bien même il n'y aurait pas de douleurs très régulières, il faudra cependant introduire la main, et dilater doucement l'orifice utérin, si on peut le faire aisément et sans employer de force, ni produire une excitation marquée par une augmentation dans la maladie, et ensuite il faudra extraire l'enfant. Tandis que je m'accorde entièrement avec ceux qui ne veulent pas que l'on ouvre de force l'orifice utérin (1), lorsqu'il est ré-

(1) Lamotte, 223, 224. — Leak cite un cas où elle produisit un *subsultus tendinum*, et une douleur excessive au pubis. Vol. II, p. 344.

(1) Le docteur Bland est plutôt contre la délivrance artificielle, et veut que l'on abandonne le tout à la nature. — Le docteur Gartshore, *Journ.*, vol. VIII, prétend qu'un plus grand nombre de femmes en sont revenues, qui n'ont point été accouchées avec le secours de l'art, que de celles qui ont été délivrées de force. — Le docteur Denman conclut que les femmes, au commencement du travail, ne doivent point être délivrées, II, 381, et il n'admet la délivrance que lorsqu'on peut l'accomplir aisément. — Baudelocque dit que l'on ne doit jamais se presser de délivrer, ni le faire lorsque la nature paraît être disposée à accomplir l'ouvrage elle-même. — Le docteur Hull, *Obs., etc.*, p. 245, dit que nous devons nous reposer sur les remèdes ordinaires jusqu'à ce que l'orifice utérin soit très-dilatable ou dilaté, et alors l'on peut délivrer la femme. Il m'a dit que dans tous les cas qui se sont terminés par la mort, l'orifice utérin n'était pas dilaté. — Gardien est disposé à limiter la délivrance artificielle aux cas où il y a une grande sensibilité à l'orifice utérin avec douleur

sistant et peut être très-peu dilaté, je partage de bon cœur l'opinion de ceux qui conseillent d'accoucher la femme aussitôt qu'on peut le faire sans employer de violence (1). Je suis convaincu qu'il n'y a pas de pratique plus simple ni plus utile (2), lorsque l'évacuation des eaux ne peut arrêter les convulsions. Par là non-seulement on enlève la cause première, mais aussi l'on arrête cette nouvelle série de symptômes qui accompagnent toute espèce de douleur ou d'efforts que l'on rapporte soit à l'enfantement soit aux convulsions. La délivrance ne sauve pas toujours, il est vrai, la malade, ni même ne prévient pas toujours le retour des attaques; mais s'ensuit-il qu'il faille ne pas adopter cette méthode. Je la regarde comme indispensable si les convulsions ne cèdent point à la saignée. Cependant nous ne devons, en aucun cas, effectuer la délivrance avant d'avoir largement ôté du sang, vu qu'en agissant autrement l'on pourrait augmenter l'excitation du cerveau ou des nerfs spinaux. Lorsque l'orifice utérin est rigide, le bain de siége et des injections émollientes à l'intérieur du vagin ont été recommandées, mais elles sont inutiles aussi bien que pénibles. On a proposé, pour enlever la rigidité, l'application d'extrait de belladone, mais je ne l'ai point expérimenté, et je crois que si la saignée ne produit point de relâchement, aucun autre moyen ne le pourra produire. Chaussier applique l'extrait de belladone sur l'orifice utérin, en le dissolvant jusqu'à une consistance molle, et en le mettant dans une petite seringue que l'on doit conduire jusqu'à l'orifice utérin et faire pénétrer un peu à l'intérieur. Dans une rigidité opiniâtre, l'on a fait avec avantage la section de l'orifice utérin; mais c'est un exemple qu'il ne faut pas suivre avec témérité, et je dois dire que je n'ai pas encore rencontré dans ma pratique aucun cas qui réclamât la résection. Le mode de la délivrance doit dépendre des circonstances. Si la tête est haut placée et que les eaux ne soient point encore écoulées, je n'hésiterais point de pratiquer la version. Si, d'un autre côté, la tête est basse ou à la portée du forceps, il y a encore moins à hésiter sur la pratique à tenir. A la vérité, ceux qui blâment la version et la regardent comme un surcroît de danger, admettent la délivrance par le forceps chaque fois que l'on peut appliquer cet instrument.

Le cas où l'on peut le plus hésiter est celui dans lequel les eaux se sont écoulées et où l'utérus s'est contracté autour de l'enfant dont la tête n'est pas encore à la portée du forceps long ou court. Dans un cas semblable, il faut pallier les symptômes aussi long-temps qu'on le peut; mais si la maladie continuait, une version faite avec prudence serait de deux maux le moindre; dans certains degrés d'étroitesse du bassin l'on peut concevoir que l'emploi du perforateur peut devenir nécessaire, tandis que, s'il n'y avait pas eu de convulsions, on aurait accordé plus de temps aux efforts de la nature; mais pour justifier cette conduite il faut que la tête soit située très-haut, que les symptômes continuent et augmentent, que le bassin soit plus ou moins rétréci, et que les douleurs aient peu d'effet sur la présentation; ou bien il faut, en examinant avec soin au moyen du stéthoscope, constater la mort de l'enfant.

On a conseillé des médicamens à l'intérieur, tels que l'opium, le musc et le camphre; mais l'expérience n'a pas confirmé l'utilité des deux derniers, et l'emploi du premier est très-dangereux. Rarement il suspend les attaques jusqu'à ce qu'il convertisse la maladie en une apoplexie mortelle. Si, dans quelques cas, on peut le donner, il faut qu'il soit précédé d'une saignée copieuse, et que les intestins aient été préalablement débarrassés; en général, il faut strictement

---

aux parties externes. *Traité*, tome II, p. 424.

(1) Le docteur Osborn, p. 50, dit que l'on ne peut employer aucun remède avec chance de réussite, que lorsque la délivrance est accomplie, et que, par conséquent, il est indispensable de l'effectuer le plus tôt possible. — Le docteur J. Hamilton, *Annals*, v. 318 et seq., dit que, lorsque les convulsions se présentent pendant le travail, la délivrance doit être accomplie dans le plus bref délai. — Le docteur Leak dit que, lorsque les convulsions paraissent provenir de la matrice, une prompte délivrance est utile; mais que, lorsqu'elles naissent de toute autre cause indépendante de la grossesse, la délivrance artificielle serait dangereuse, II, 348.

(2) L'évacuation des eaux de l'amnios a été, selon Baudelocque, de quelque utilité, § 1118. Dans un cas où l'orifice utérin était dur, il fut divisé; l'enfant ne tarda pas à venir au monde, et la femme devint calme immédiatement après, 1120.

l'éviter comme l'agent le plus mortel que l'on pourrait employer, et n'y avoir recours que lorsqu'il y a une douleur aiguë et opiniâtre à la tête ou à l'estomac, qui ait résisté à la saignée et à l'application d'un sinapisme sur la partie affectée. On a essayé l'ergot de seigle, qui, dit-on, n'a fait qu'aggraver la maladie. On ne peut jamais compter sur des vésicatoires appliqués à la tête, car ils sont long-temps à opérer, et même le procédé préparatoire qui consiste à raser la tête est très-fatigant pour les malades. S'il reste de la stupeur après la délivrance l'on devra raser la tête et y appliquer un sinapisme qui souvent contribue beaucoup à faire revenir la malade. S'il ne réussit point, alors on devra recourir au vésicatoire. On a proposé de faire couper les cheveux et de laver la tête avec de l'eau froide ; mais rarement cela est utile.

La pratique que l'on peut donc déduire d'après l'opinion que j'ai émise de la nature et des causes des convulsions puerpérales, et qui, indépendamment de toute théorie, se trouve confirmée par l'expérience, consiste d'abord à tirer du sang ; secondement à ôter toute irritation intestinale par des lavements et par des purgatifs, qui, s'ils ne font du bien sur le moment, seront utiles dans la suite ; troisièmement, à se débarrasser de l'action utérine, en effectuant la délivrance, lorsque cela peut se faire sans produire une grande irritation ; quatrièmement, à éviter tout ce qui peut exciter les systèmes nerveux et vasculaire, tels que les spiritueux et l'opium.

Si les convulsions ne sont que redoutées et qu'elles ne soient pas encore venues, alors l'on peut employer une méthode préventive. Le traitement le meilleur, c'est de désemplir les vaisseaux et d'évacuer les intestins. Lorsqu'il existe des symptômes évidents d'un trouble de l'estomac, on a conseillé un léger émétique ; mais je ne l'ai jamais vu administrer, et, à cause de ses effets sur la tête, je n'en suis pas partisan. Lorsqu'il survient une vive douleur à l'estomac, il faut saigner, et si elle continue après la saignée, donner un opiacé. — Je désire que l'on se rappelle bien que lorsqu'il y a mal de tête ou quelques autres symptômes indiquant une tendance aux convulsions, la saignée est nécessaire ; elle fait rarement du mal, et elle peut faire beaucoup de bien ; elle peut être le seul moyen de conserver la vie, et si cet ouvrage ne sert qu'à imprimer ce fait sur l'esprit d'un seul lecteur, je ne regretterai pas de l'avoir écrit. Lorsqu'un endroit de l'épine est douloureux, et que la pression produit des spasmes, il est bon, si c'est possible, de tirer du sang en cet endroit au moyen des ventouses, si la saignée générale n'a apporté aucun soulagement. Lorsqu'il existe des symptômes d'une irritation nerveuse, sans aucune tendance vers la tête, ni plénitude des vaisseaux, alors l'on peut, après la saignée, donner des opiacés avec avantage (1); mais j'hésite beaucoup à les employer, je devrais dire à les préconiser, car je les ai rarement employés moi-même, pour ne pas dire jamais ; et dans les convulsions puerpérales ordinaires on ne doit en espérer rien que du mal. Le camphre a été fortement recommandé par le docteur Hamilton, comme le plus puissant médicament à l'intérieur que l'on puisse prescrire ; mais je ne puis, d'après ma propre observation, parler beaucoup de son efficacité pendant le travail.

Quand les convulsions ont persisté après la délivrance, ou lorsque le rétablissement n'a pas été complet, j'ai trouvé que le camphre était avantageux, et j'ai recommandé de l'employer toujours ; mais je n'ai point voulu qu'on n'eût recours qu'à lui seul. On doit, comme je l'ai déjà dit, raser la tête et y appliquer un sinapisme ou un vésicatoire ; l'on peut donner en lavement quarante gouttes de laudanum. Les opiacés, à cette époque, sont beaucoup plus sûrs qu'avant la délivrance, et sont souvent employés si les vaisseaux ont été désemplis antérieurement ou pendant le travail ; il faut maintenir les forces en cherchant avec soin à faire avaler quelques aliments à la malade.

Si les convulsions surviennent pour la première fois après la naissance de l'enfant, alors il faut procéder immédiatement à l'extraction du placenta, s'il n'est pas sorti, ou il faut ôter les caillots de sang. Si le tempérament et le pouls la ré-

---

(1) Les opiacés ont été fortement préconisés par quelques praticiens, surtout par le docteur Bland, *Journ.*, vol. II, p. 328, etc.— Le docteur Hamilton les proscrit avec autant de force, *Annals of med.*, vol. V.— Petit dit qu'ils tuent à la fois la mère et l'enfant. — Le docteur Collins les emploie combinés avec l'émétique, si les attaques persistent après la délivrance.

clament, il faut pratiquer la saignée, et ensuite purger les intestins : le cas est très-rare. Il ne faut pas confondre avec lui les convulsions qui accompagnent ou qui suivent une forte hémorrhagie utérine. — Si la pratique est prompte et vigoureuse, la majorité des malades revient des convulsions puerpérales. — Les femmes qui ont éprouvé des convulsions dans un accouchement doivent, dans la grossesse suivante, apporter la plus grande attention à l'état des intestins, éviter un régime qui entretient la pléthore, et se faire saigner une ou deux fois. Quand le travail commence, on devra donner un lavement, et saigner la malade au moindre sentiment de malaise qu'elle éprouvera dans la tête. — L'apoplexie peut survenir au commencement du travail ou pendant la grossesse sans convulsions; dans le dernier cas, l'orifice utérin est rarement affecté; cependant, dans quelque cas, si la mort n'est point survenue immédiatement, on l'a trouvé un peu dilaté. La pratique dans les deux cas est à peu près la même, et ne diffère en rien de celle que l'on doit suivre dans d'autres circonstances. Le principal remède, c'est la saignée, et la délivrance ne peut faire à la mère le même bien qu'elle produit dans les cas de convulsions. L'enfant réclame notre attention dans cette maladie. Si l'apoplexie arrive pendant le travail et que la mort approche évidemment, l'on devra pratiquer la délivrance aussitôt que possible, soit par la version, soit par le forceps, afin de sauver l'enfant. Si elle arrive à la fin de la grossesse, l'on devra pratiquer l'opération césarienne immédiatement après la mort et avec plus de chance, un peu avant lorsque la mère ne peut souffrir, étant dans une insensibilité complète.

SECTION V. — *Accouchement compliqué de rupture de la matrice.*

L'utérus peut se déchirer pendant le travail sous différentes circonstances et par des causes variées. La déchirure peut avoir lieu dans toutes les parties, mais généralement elle arrive au col, et la plaie est transversale; c'est plutôt la partie postérieure que l'antérieure qui est déchirée, mais toutes deux peuvent l'être. Il est rare que la déchirure soit limitée au côté; les déchirures perpendiculaires sont rares, et, quand elles ont lieu, l'hémorrhagie n'est pas aussi grande que dans la déchirure transversale. Elle est ordinairement complète; mais, dans quelques cas, elle a été limitée à la surface péritonéale, tandis que, dans d'autres, le péritoine est resté entier et le tissu seul de la matrice a été déchiré (1). Dans l'un et l'autre cas, la prostration a été aussi grande et aussi rapide que dans la déchirure complète; quelquefois l'utérus reste en entier, et le vagin seul est déchiré, ou bien la déchirure est si voisine du vagin, que l'enfant est extrait par la fente à travers le vagin (2).

La déchirure peut arriver pendant toutes les périodes du travail, et même avant la rupture des membranes (3); mais cela est rare. Elle peut survenir lorsque la tête est entièrement entrée dans le vagin, ou au moment de la sortie de l'enfant (4). Il ne paraît pas que l'âge de la malade ait aucune influence matérielle, et quoique le plus grand nombre des ruptures aient lieu dans un premier accouchement, cependant le danger n'est pas moindre dans un second ou dans un accouchement suivant. — L'utérus peut être déchiré par des efforts faits avec imprudence pour pratiquer la version (5). Or, après que les eaux se sont écoulées depuis long-temps, quelque partie saillante de l'enfant peut léser une portion

---

(1) Dans neuf cas sur trente-quatre, rapportés par le docteur Collins, la tunique péritonéale resta entière; cependant les femmes succombèrent aussi rapidement que les autres.

(2) Le docteur Kennedy me montra, dans le Muséum de l'hôpital d'accouchement de Dublin, une très-belle préparation de cette espèce de déchirure.

(3) Voyez *Mem. of med. soc.*, vol. II, p. 118.

(4) Dans un cas dont je fus témoin, le placenta était retenu par une constriction spasmodique, quoique l'enfant fût expulsé. On fit toutes les tentatives raisonnables pour l'extraire, ce fut en vain. La matrice agissait, à partir de l'orifice utérin, vers la déchirure qui se trouvait au fond; la femme mourut. On trouva le placenta encore dans l'utérus; les intestins étaient enflammés. Voyez aussi Evantz, *De utero rupto*, p. 22, et docteur Cathral's *Case in Med. facts*, vol. VIII, p. 146.

(5) Un cas mortel de ce genre est rapporté par M. Dease. Un autre, dont la terminaison fut plus heureuse, est inséré dans les *Mem. of med. soc.*, vol. IV, p. 233.

de la matrice au point d'occasionner une déchirure. Une certaine rangée de fibres peut aussi entrer subitement et spasmodiquement en contraction, et par là produire une déchirure. Dans ces cas-là, il y a souvent très peu de symptômes précurseurs, et l'accident peut arriver juste au moment où nous espérions que le travail se terminerait heureusement. Dans un cas rapporté avec détail par M. Douglas (p. 50), la tête de l'enfant était appuyée sur le périnée, lorsque la dame, qui avait été sujette à une crampe, poussa un violent cri, et la tête se retira. L'enfant fut extrait, mais la malade mourut. La cliente de M. Goldson se plaignait d'une crampe à la jambe dans les intervalles des douleurs de l'enfantement; et au moment où la rupture arriva, elle s'écria : « La crampe! » La malade du docteur Monro (Works, p. 677) était assise sur une chaise, lorsque tout-à-coup elle poussa un cri, et l'utérus fut déchiré. Elle ne fut pas accouchée, mais elle vécut depuis le mardi jusqu'au vendredi. — Si l'orifice utérin est oblitéré par une maladie antérieure, le col est sujet à se déchirer. Une rigidité morbide de l'orifice utérin peut aussi être une cause de déchirure (1). Il se dilate très-lentement, demande un grand effort de la part des fibres utérines, et la malade souffre beaucoup. L'utérus peut à la fin se déchirer, quand bien même la tête aurait en partie descendu dans le bassin et que le bassin serait large. Dans ce cas-là, les eaux de l'amnios se sont écoulées avant que la déchirure n'ait lieu. Une cause très-fréquente de cet accident, c'est une disproportion entre le volume de la tête et la capacité du bassin, qui fait qu'une portion du col utérin se trouve étranglée entre la tête et le bassin, et y reste fixé de manière que l'action utérine est dirigée vers cet endroit plutôt que vers l'orifice utérin (2). La femme éprouve des douleurs très-fortes, soit dans le dos ou au pubis, qui, pendant l'action de l'utérus, augmentent à un très-haut degré, et alors la partie se déchire. Le col peut être déchiré d'une autre manière : c'est lorsque la ligne ilio-pectinée est pointue (1) et que l'utérus est comprimé sur elle; alors les parties sont divisées ou tellement lésées, qu'elles sont en quelque sorte privées de vie (2); même sans qu'il y ait de compression, quelque partie de l'utérus peut être ramollie par une maladie, et il se fait une rupture. Les présentations contre nature, à cause de l'obstacle qu'elles apportent à la délivrance, deviennent aussi des causes de rupture (3). Il y a dans le musée Hunterien une préparation d'un utérus où l'on remarque une déchirure du col et une implantation d'un côté du placenta sur l'orifice utérin. Il n'y a aucun détail sur ce cas singulier; seulement il est dit que l'on peut croire raisonnablement qu'il y a eu une hémorrhagie considérable.

Or, d'après ces considérations, l'on trouve que les femmes les plus sujettes à la rupture de la matrice sont celles qui sont très-irritables et qui sont exposées aux crampes, qui ont le bassin rétréci ou son détroit supérieur très-tranchant, qui ont l'orifice utérin très-rigide ou quelque partie de la matrice indurée. Scholzius rapporte un cas où la rupture fut causée par un squirrhe du fond de la matrice, et Friedius en cite un autre où elle fut rapportée à un état fibro-cartilagineux de l'orifice utérin. Quelquefois la matrice paraît être prédisposée à cet accident par une chute ou par une contusion. Reidlinus en rapporte un exemple. Behling, Steidle et Perfect nous en fournissent chacun un autre. Salmuthus regarde le manque d'épaisseur dans les parois de l'utérus comme une cause prédisposante de rupture, et le docteur

(1) Perfect's *Cases*, vol. II, p. 439. — Hamilton's *Cases*, p. 138.

(2) On a calculé que, dans les trois quarts des cas de rupture, l'enfant était mâle. La tête du garçon est un peu plus grosse que celle de la fille.

(1) Dans un cas de ce genre, la ligne ilio-pectinée était d'un côté aussi tranchante qu'un couteau à fruit, et une éminence cartilagineuse faisait saillie de la symphyse. La vessie fut déchirée.

(2) M. Scott, de Norwich, me fit part d'un cas qu'il publia dans le onzième volume des *Med. chir. trans.*, dans lequel la partie inférieure de la matrice, y compris son col, fut emportée. La malade, après la déchirure, accoucha au moyen du lévier et se rétablit.

(3) Dans un cas rapporté par le docteur Collins, le bras faisait saillie et l'enfant était arrêté au passage; mais il y avait tous les symptômes d'une rupture. L'on ouvrit l'abdomen, et l'on amena facilement les fesses au moyen du crochet. La déchirure existait dans le col. La malade en revint. *Dub. Med. trans.*, vol. I, p. 1.

Ross rapporte un cas où l'effet paraît être dû à cette cause ; car la matrice n'avait pas plus d'un huitième de pouce d'épaisseur, et elle se déchirait comme du papier.

La vessie, à cause de son rapport avec le col, est sujette à se déchirer (1), si la partie antérieure et inférieure de l'utérus est rompue. La vessie est attachée à l'utérus, à neuf mois de la grossesse, dans l'espace de près d'un pouce et demi au-dessus de la partie supérieure des lèvres de l'orifice utérin. Elle descend sur le vagin à près de deux pouces au-dessous de cette partie. Le rectum ne peut être déchiré que lorsque la déchirure s'étend en bas du vagin par derrière. Le col est d'une structure différente de celle des autres parties de l'utérus. Les vaisseaux, particulièrement les veines, sont très-nombreux au-dessus du col, mais non à l'intérieur. — L'on est porté à prévoir une déchirure lorsque la malade est agitée et qu'elle se plaint d'une très-vive douleur locale sujette à s'exaspérer beaucoup et accompagnée d'un sentiment de douleur très-aiguë, ou de celui d'une déchirure. Les douleurs sont violentes et fréquentes, et ne produisent pas un grand effet sur l'orifice utérin, qui est souvent très-rigide. Ces symptômes sont encore plus alarmants, si le liquide amniotique a été entièrement évacué. Le traitement à suivre doit dépendre de la cause apparente. La rigidité doit être combattue par la saignée ; une action spasmodique par un lavement opiacé ; une altération de structure dans l'orifice utérin peut donner lieu à examiner jusqu'à quel point une incision peut être convenable ; la mauvaise position de l'enfant doit être rectifiée ; et enfin, lorsque le bassin est retréci et qu'il y a quelque symptôme qui indique le danger d'une déchirure, il faut à l'instant employer le forceps ; ou quand ces symptômes existent dans tous les cas où le forceps est applicable, un plus long délai serait criminel. Dans des cas plus pressants, l'emploi du perforateur est permis.

Lorsque cet accident arrive, la femme sent quelque chose qui cède à l'intérieur de son corps, et ordinairement elle éprouve à ce moment un surcroît de douleur, et quelquefois elle a des maux de cœur et des évanouissements. La partie qui se présente disparaît plus ou moins rapidement, à moins que la tête ne soit entièrement entrée dans le bassin, ou que la matrice ne se contracte spasmodiquement sur une partie de l'enfant, comme cela est arrivé chez la malade de Behling (1). Car l'utérus peut expulser l'enfant plus facilement à travers la fente qu'à travers le bassin. L'action de la matrice continue plus ou moins jusqu'à ce que l'enfant soit sorti ; et si la présentation a été déterminée et que l'on accouche la femme par les instruments, l'on sent l'utérus aider l'extraction probablement autant que de coutume. Les douleurs de l'enfantement disparaissent aussitôt que l'enfant est passé dans l'abdomen à travers la fente ; ou si la présentation reste immobile dans le bassin, les douleurs deviennent irrégulières et ensuite elles cessent. Le passage de l'enfant dans la cavité abdominale est, aussitôt que le corps est expulsé à travers la fente dans le ventre, suivi d'un sentiment comme si un grand mouvement se passait dans l'abdomen, ou bien il a produit quelquefois des convulsions. Le mouvement n'est pas long-temps senti, car l'enfant meurt promptement, principalement à cause du détachement du placenta, ou parce que l'enfant est privé de son concours ; ceci peut arriver plutôt dans un cas que dans un autre. L'on peut sentir assez distinctement la forme de l'enfant à travers les téguments abdominaux.

La malade, après cet incident, commence bientôt à vomir un liquide d'une couleur noire ; le teint devient livide, le pouls petit et faible ; la respiration est pénible, et souvent la malade ne peut rester couchée. Quelquefois les intestins font saillie à travers la blessure dans la matrice, et y ont été même étranglés. Tous ces symptômes n'apparaissent pas dans tous les cas et ne surviennent pas tou-

(1) M. Olivier rapporte l'histoire d'une femme qui, dans sa cinquième grossesse, eut l'utérus placé très-obliquement, et souffrait beaucoup pendant son travail. Elle fut accouchée par le forceps et mourut d'une inflammation du péritoine. A l'examen du cadavre, l'on trouva que l'utérus était bilobé. La division qui avait renfermé l'enfant était déchirée en même temps que la vessie ; l'autre, que l'on supposait avoir contenu les premiers enfants, avait trois pouces de long sur deux de large. Chaque division avait son orifice qui s'ouvrait dans un col commun, et chacune avait un ovaire.

(1) Haller's *Disput.*, tom. III, p. 477.

jours avec la même rapidité. Chez la malade du docteur Ross, quoique l'enfant s'échappât à travers une ouverture pratiquée dans le vagin, dans la cavité abdominale, et quoique l'on constatât la nature du cas, cependant il n'y eut ni hémorrhagie, ni évanouissement, ni aucun symptôme fâcheux, l'enfant fut extrait, et la femme en revint.

Lorsque la partie qui se présente ne se retire pas, la nature du cas est encore bien constatée par les symptômes; et la grande dépression, etc., autorise pleinement une délivrance immédiate, quelle que soit l'opinion qu'on ait formée sur leur cause (1). — Si la malade n'est promptement soulagée, elle devient très-agitée, se remue dans le lit et vomit fréquemment; elle se plaint d'une douleur dans le ventre, qui devient tendu. Le pouls est rapide, les extrémités deviennent froides, et les forces s'en vont. Dans tous les cas que j'ai vus, les intestins étaient surtout affectés, et il y avait beaucoup d'inflammation. L'intervalle qui sépare l'accident de la mort varie. Mais que la malade soit accouchée ou non, elle meurt généralement, malgré les nombreux cas de guérison qui ont été rapportés, dans les vingt-quatre heures, souvent dans un plus court espace de temps. Steidle, cependant, rapporte un cas où la malade vécut jusqu'au douzième jour. La malade du docteur Gartshore vécut jusqu'au vingt-sixième jour. Et dans les *Coll. soc. Havn.*, vol. II, p. 326, il y a un exemple d'une femme qui, après avoir été accouchée, traîna encore trois mois. Chez une malade du docteur J. Wilson, la convalescence semblait aller bien pendant cinq ou six jours, lorsqu'après un accès de colère la malade succomba à une hémorrhagie interne. Dans les cas qui se sont prolongés, des abcès se sont formés autour du bassin.

Différentes opinions ont été émises concernant le meilleur mode de traitement. Quelques auteurs ont conseillé de pratiquer l'opération césarienne, d'autres de délivrer par les voies naturelles, et quelques-uns d'abandonner le cas à la nature. Nous avons des exemples où toutes ces méthodes ont réussi. Mais la délivrance, soit au moyen de la version ou d'une autre manière, l'emporte sur les autres méthodes, et doit certainement être tentée presque sans exception (1). Lorsque l'orifice utérin est dilaté avant que l'accident n'arrive, ce qui existe ordinairement, et que l'on peut sans beaucoup de difficulté introduire la main, on doit la faire passer à travers l'orifice utérin, atteindre l'utérus à travers la fente jusque dans la cavité abdominale, pour aller à la recherche des pieds de l'enfant, qui doivent être amenés en bas, et l'on se conduira de la même manière que dans la présentation des pieds. Ensuite l'on fait l'extraction du placenta, après quoi on introduira la main de nouveau pour s'assurer qu'aucune partie des intestins n'a fait saillie à travers la blessure. Cette manœuvre est ordinairement facile, lorsque la déchirure se trouve dans le col utérin ou dans le vagin Mais quelquefois la délivrance est suivie d'un sentiment de prostration ou d'une hémorrhagie considérable, contre laquelle il faut soutenir la malade (2). Lorsque la déchirure est située plus haut, on éprouve quelquefois de grandes difficultés à cause de la contraction de l'utérus qui peut être affecté spasmodiquement, ou qui peut subir une contraction générale, ce qui rend la fente de la déchirure très-petite. Lorsque dans ce cas-là on fait des efforts pour porter la main le long de la cavité utérine, jusqu'à la déchirure, les fibres peuvent se contracter sur la main, et l'on sent la contraction glisser vers la fente, de manière à éloigner en quelque sorte l'utérus de la main. Il serait tout-à-fait cruel et inutile de chercher à délivrer dans un pareil cas.

Si la tête est entrée dans le bassin, et qu'elle soit à la portée du forceps, il faut en introduire les branches avec prudence, en prenant garde de ne pas refouler la tête de manière à la faire retirer. A cause de ce danger, et de l'observation que l'on a faite que l'enfant était, dans ce cas-là, généralement mort, des habiles praticiens ont conseillé de perforer la tête. Mais si l'on n'a pas d'autre raison pour

(1) On ne soupçonna pas la rupture, et elle ne fut découverte que lors de la dissection, dans une circonstance où l'on avait fait la version, à cause d'une mauvaise conformation du bassin.

(1) La rupture de l'utérus pendant la grossesse a été déjà étudiée, et les remarques que je fais ici ne s'appliquent pas à ces exemples.

(2) Ceci arriva chez la malade de M. Parkinson, qui se rétablit. *Med. Gazette*, VII, p. 173.

employer le perforateur, je penserais, à moins que la tête ne soit très-haute, que le forceps est sous ce rapport aussi sûr. L'enfant peut vivre plusieurs heures si le placenta n'est pas détaché, ou si l'hémorrhagie n'est pas considérable. Le stéthoscope peut aider à notre jugement. Si l'enfant est expulsé dans l'abdomen, il est certain qu'il mourra promptement. — Quand l'orifice utérin est rigide et très-peu dilaté, avant que l'accident n'arrive, et qu'on ne peut l'ouvrir sans causer une irritation extrême, ce qui est à la vérité un état qui peut être supposé exister plutôt qu'il n'existe réellement, ou lorsque l'utérus se contracte spasmodiquement et violemment, entre la déchirure et l'orifice utérin, ce qui, je le sais, est sujet à arriver, quand le fond est déchiré, je regarde les efforts que l'on fait pour délivrer par force, comme un surcroît de danger. Ces cas sont seulement rares, parce que la rupture a lieu généralement au col; car lorsque le corps ou le fond est déchiré, la contraction est souvent forte. — Quoiqu'il y ait des exemples où la délivrance s'est effectuée avec facilité quelques heures après la rupture, cependant dans la plupart des cas il arrive bientôt une contraction qui doit entièrement l'empêcher ou la rendre extrêmement dangereuse. Il peut aussi arriver qu'une grande difformité du bassin empêche la délivrance (1). Dans ces circonstances, il faut ou pratiquer l'opération césarienne ou abandonner le tout à la nature. Si l'on a été appelé de bonne heure, et avant que les viscères abdominaux n'aient été très-irrités par la présence du fœtus, il faut extraire l'enfant en pratiquant une petite incision (2). Ceci assurément est plus sûr que de laisser l'enfant ou de l'extraire avec ou sans perforation à travers un bassin rétréci. De plus, le temps que l'enfant a à vivre est si court, que je ne raisonne pas d'après la supposition de le sauver (1). Si cependant il s'est écoulé plusieurs heures, alors on peut dire qu'il s'est déjà produit souvent une telle irritation, qu'il est très-improbable que la malade puisse supporter l'opération. Cependant elle doit être pratiquée, comme offrant le plus de chance. D'un autre côté, s'il y a peu d'irritation de produite, et si la femme est assez bien, on peut dire qu'il y a lieu d'espérer qu'une guérison naturelle puisse s'effectuer, comme dans une grossesse extra-utérine; et par conséquent, comme on ne peut alors sauver l'enfant, l'on pourrait soutenir qu'il est plus prudent de se fier à la nature (2); cependant,

---

(1) Dans le cas de M. Macintyre, l'orifice utérin était contracté, mais il cédait à la main. L'enfant était dans la cavité abdominale. On fit la version, mais le levier fut appliqué sur la tête pendant deux heures, avant qu'elle pût être extraite. Cependant la malade en revint. *Med. Gazette*, VII, p. 9.

(2) Voir un cas heureux rapporté par Thibault dans le *Journ. de med.* pour le mois de mai 1768. — M. Baudelocque rapporte un cas où l'on pratiqua deux fois l'opération sur la même femme pour la même cause. — Dans les *Essays phys. and lit.*, vol. II, p. 370, se trouve un cas très-incroyable où l'utérus et les téguments abdominaux furent à la fois déchirés pendant le travail. L'enfant en réchappa et la femme se rétablit. — Un cas fut rapporté dernièrement dans les journaux français, dans lequel l'opération césarienne fut pratiquée avec succès douze heures après la rupture.

(1) Il y a cependant un exemple rapporté par Frank où la gastrotomie fut pratiquée et où un enfant vivant fut extrait par Cecconi douze heures après que la rupture fut arrivée. *Archives*, VII, 599.

(2) Astruc, liv. V, chap. IV, cite un cas où l'enfant resta dans le ventre pendant vingt-cinq ans. Dans un autre cas, la sage-femme sentit la tête de l'enfant; mais après une vive douleur, elle disparut, et la femme se plaignit seulement d'un poids dans le ventre. L'enfant fut expulsé par abcès. *Hist. de la société de méd.*, tom. I, p. 388. — Dans le cas du docteur Bayle, l'enfant fut gardé 20 ans. *Phil. trans.*, n. 139, p. 997. — Dans le cas du doct. Birbeck, l'enfant sortit par l'ombilic. *Phil. trans.*, vol. XXII, p. 100. — La malade de Broomfield ne fut point débarrassée de son enfant, mais elle vécut un grand nombre d'années, et, après sa mort, la déchirure était visible. *Phil. trans.*, vol. XII, p. 696. — Chez la malade du docteur Sym, le travail, pour expulser l'enfant par abcès, prenait un tour favorable, lorsqu'une inflammation mortelle fut causée par des efforts imprudents. *Med. facts*, vol. VIII, p. 156. — Bartholin cite aussi des cas. — Le Dran rapporte un cas où la matrice fut déchirée le 23 avril. Le 13 mai, le placenta fut expulsé, et le 16 une tumeur parut à la ligne blanche; elle fut ouverte, et l'on fit l'extraction de l'enfant. La femme en revint. *Obs.*, tom. II, obs. 92.

même dans ce cas-ci, je suis porté à extraire le fœtus par une petite incision que je regarde moins dangereuse que de laisser l'enfant. Enfin, lorsque le bassin est bien formé, mais qu'il y a eu beaucoup de temps de perdu, l'on pourrait demander s'il faut extraire l'enfant par la fente, ou le retirer par une incision pratiquée sur l'abdomen. La conduite à tenir doit dépendre de l'état de l'utérus. S'il est contracté et très-sensible, l'introduction forcée de la main et l'extraction de l'enfant devraient être plus dangereuses que l'incision. Je crois cependant que dans la plupart des exemples de rupture de l'utérus on trouvera la délivrance praticable. Un autre danger naît de l'épanchement de sang dans l'abdomen, qui ne tarde pas à produire une inflammation ; et il a été proposé par M. Deneux et par d'autres praticiens d'évacuer le sang par une ouverture.

Les cas qui admettent le plus facilement la délivrance sont ceux où la déchirure est située dans le col de l'utérus ou dans le vagin ; et la déchirure du vagin est moins dangereuse que celle de la matrice (1), pourvu que la vessie ne soit point lésée. Je ne crois pas nécessaire de faire d'autres remarques sur la déchirure du vagin, comme distincte de celle de la matrice, à moins de dire que la délivrance peut être faite après un laps de temps plus long que lorsque l'utérus est déchiré, car le vagin ne se contracte pas. — Après la délivrance, le danger le plus grand provient de l'inflammation du péritoine, accompagnée d'un épuisement ; tantôt les symptômes de l'inflammation, tantôt ceux de la faiblesse prédominent. La saignée n'est admissible que dans quelques cas, et en général l'on se trouvera mieux de l'application de nombreuses sangsues sur le ventre. Les fomentations ou les cataplasmes chauds, si leur poids ne gêne pas, produisent beaucoup de soulagement. On devra tenir le ventre très-libre, ce qui d'abord est très difficile, après quoi les opiacés sont utiles. On soutiendra les forces par de doux aliments, et la malade sera tenue très-propre, et sous tous les rapports aussi confortablement que possible. — Lorsque des symptômes précurseurs nous font craindre que la déchirure n'ait lieu, il faut hâter le travail généralement par

(1) Dans un cas qui fut communiqué au docteur Hunter, le forceps fut poussé à travers l'orifice utérin, et la portion qui existait entre la déchirure et l'orifice utérin fut excisée ensuite ; l'accouchement se fit naturellement et la femme se rétablit. *Med. journ.*, vol. VIII, p. 368.— Le docteur Douglas rapporte le cas heureux de madame Manning, dans ses *Observations*, p. 6. — Le docteur A. Hamilton cite un cas de réussite où la délivrance sauva la mère. *Outlines*, p. 384. Et le docteur J. Hamilton en cite un dans son *Recueil des cas*, p. 138, où la déchirure se resserra tellement qu'elle présenta de la difficulté à la délivrance. Le cas est instructif. Dans celui de E. Dwyer, rapporté par le docteur Labat (*Dub. trans.*) : la femme en revint ; mais dans une grossesse consécutive, le même accident se présenta et devint mortel. — Dans le 2me volume des *Trans. of the coll. of phys. in Dublin*, p. 15, le docteur Frizet rapporte le cas de Bridget Fagan, dont l'utérus se déchira à la suite d'une présentation du bras. Ce ne fut qu'avec beaucoup de difficulté, et avec l'aide du crochet, qu'il fixa sur le pied de l'enfant, qu'il parvint à faire la version et à extraire l'enfant. Alors il trouva une déchirure étendue au col de la matrice, et les intestins qui faisaient saillie il les replaça dans l'abdomen : il pense avoir empêché une reproduction de la hernie en faisant dépasser un bord de la plaie par-dessus l'autre ; la femme se rétablit. — Dans le troisième volume des *Trans. of the association, etc.*, est un cas rapporté par le docteur M. Keever, dont il me fit part, et où il y avait une rupture du vagin accompagnée d'une hernie d'une anse intestinale qui avait une aune et demie de long. On ne put la réduire, et l'intestin se gangréna ; la malade en réchappa. Les matières fécales passaient par le vagin ; mais au bout de quelque temps, elles sortirent par l'anus. — Dans le douzième volume *Of the med. and chir. trans.*, se trouve un cas rapporté par M. Powel, où le col fut déchiré, et quoique pendant l'extraction de l'enfant, qui fut effectuée par la version et ensuite par la perforation de la tête, il fallût soutenir les forces de la femme avec de l'eau-de-vie, cependant elle en revint. — M. Haime cite un cas fatal dans le *Journal général* de l'an. 1829. — Le cas rapporté par le docteur Hendric, d'une rupture du côté droit du col de la matrice et d'une partie du vagin, arriva à la suite d'une exostose du sacrum. Le fond était fortement contracté, mais le corps et le col étaient relâchés. On fit l'extraction de l'enfant par les pieds, et la mère se rétablit. *Rev.*

l'emploi des instruments. Cette pratique est surtout nécessaire si la malade a éprouvé antérieurement une déchirure de la matrice. La version, dans ce cas-là, est dangereuse, lorsque les eaux se sont écoulées, et avant cela, il y a rarement aucun indice de danger. On a calculé que la déchirure arrivait une fois sur neuf cent quarante cas.

SECTION VI. — *Accouchement compliqué d'une suppression d'urine.*

La suppression d'urine peut survenir pendant le travail, à la suite de l'enclavement de la tête dans le bassin, ou à cause d'une espèce de paralysie de la vessie produite par une longue rétention d'urine, ou parce qu'une petite pierre ou une certaine quantité de lymphe obstrue l'urètre. Elle produit de la sensibilité et une grande douleur dans la région hypogastrique, qui est aussi tuméfiée. La douleur est constante, mais elle est augmentée par chaque effort d'expulsion de la part des muscles abdominaux, parce qu'alors la vessie est comprimée. La suppression est un mal, dans ce sens qu'elle tend à diminuer l'action utérine, et elle est dangereuse à cause de la chance qu'il y a que la vessie distendue ne se rompe (1), par la contraction des muscles abdominaux, ou à la suite d'une gangrène. Les symptômes fâcheux qui suivent cet accident n'arrivent pas toujours instantanément, et quelquefois la vessie conserve encore un peu d'urine. Dans un cas rapporté par M. Hey, dans le quatrième volume des Observations et Recherches médicales, ils ne survinrent qu'au second jour. La malade était altérée, avait des vomissements et de fréquentes envies d'uriner, qu'elle satisfaisait tout-à-coup, mais elle ne rendait pas plus qu'une tasse à café d'urine. Le pouls était accéléré, le ventre tuméfié et douloureux à la pression. Elle mourut vers le huitième jour, et on trouva la vessie rompue à sa partie supérieure. — Quand l'urine ne peut s'écouler par les efforts volontaires de la femme, que l'on favorise quelquefois en refoulant la tête de l'enfant, il faut introduire le cathéter. Les trous de l'instrument devront être larges, vu que des mucosités visqueuses

---

méd., iv, 288. — Chez la malade de Solera, l'orifice utérin était oblitéré, et il fallut faire une incision dans le vagin sur la matrice. Après que la tête fut descendue, l'application du forceps fut nécessaire. Ce n'est pas, à la vérité, un cas de rupture, mais de blessure. La malade revint à la santé. *Archives*, XVIII, 107. — Dans le cas de M. Gaitskill, l'orifice utérin n'était pas dilaté. En l'absence de l'accoucheur, l'enfant fut expulsé par la fente, dans le rectum, l'orifice utérin restant dur. *Med. rep.* pour le mois de mars 1823. — Dans le treizième volume des *Med. chir. trans.*, le docteur Smith rapporte le cas d'une rupture du vagin dans un accouchement prématuré qui eut lieu au septième mois de la grossesse. Il fit la section d'une partie du col induré, puis il procéda à l'extraction de l'enfant, pour laquelle il fallut ouvrir la tête. La mère se rétablit. — Le docteur Birch rapporte dans le même volume deux cas : une des femmes revint à la santé, l'autre mourut au bout de six semaines. Il y a un cas mortel rapporté par Moreno dans les *Archives*, XIX, 301. Il regarda la grossesse comme extra-utérine. — M. Coffiners a fait un mémoire sur ce sujet dans le *Recueil périod.*, tom. VI, dans lequel il dit que la déchirure près de la vulve est aisément guérie; qu'à la partie antérieure latérale du vagin elle est dangereuse, et qu'à la partie antérieure et postérieure, près la vessie et le rectum, elle est généralement mortelle; mais dans un cas la femme se rétablit, quoiqu'on pût introduire la main dans la vessie. La femme eut ensuite une incontinence d'urine. Dans le huitième cas, l'enfant était situé transversalement, et le vagin fut déchiré et rempli de caillots; mais le péritoine était intact, et par conséquent la plaie ne communiquait point avec l'abdomen. L'utérus fut supporté avec une serviette jusqu'à ce que la version fût faite. Des symptômes dangereux survinrent, mais la femme se rétablit. Il cite quinze cas, et, dans ce nombre, six malades échappèrent à la mort. Plusieurs furent causés par des efforts que l'on fit pour faire rentrer le bras de l'enfant. — Voir aussi un mémoire dans les *Archives*, XV, 313. — Le docteur Birch considère la chose d'une manière différente, et pense que la déchirure sur les côtés et à la partie antérieure qui intéresserait même la vessie, est moins dangereuse que par derrière. *Med. chir. trans.*, XIII.

(1) M. Bedingfield rapporte un cas où la vessie paraît avoir été déchirée pendant un travail très-aisé qui n'avait duré que deux heures. La malade mourut après une inflammation du péritoine. *Lancet.*, juin 1837, p. 371.

dans l'urètre remplissent quelquefois complètement les trous d'une grosseur ordinaire. Si la tête était enclavée dans le bassin de manière à empêcher l'introduction de la sonde, ce qui est rare, il faudrait accoucher la femme. Je n'ai jamais rencontré un cas semblable.—Dans quelques cas, quoique la femme n'ait pas uriné depuis long-temps, elle n'éprouve cependant aucune gêne, et lorsque la sonde est introduite, il ne sort que très-peu d'urine. Cela dépend d'une diminution de sécrétion, et quoique par elle-même elle ne puisse pas nous déterminer à hâter la délivrance, cependant si elle s'accompagnait des autres symptômes fâcheux, elle serait, dans un travail prolongé, une nouvelle raison pour intervenir, vu que les fonctions se ralentissent, et qu'un épanchement peut se faire dans une des cavités. —Il y a quelques autres complications qui pourraient peut-être faire le sujet de sections séparées, telles que l'existence d'un anévrisme, d'une hernie, etc., etc. Mais il est plus convenable de les rapporter au chapitre des cas qui réclament l'emploi des instruments. On doit établir en règle générale, et cette règle est facile à comprendre, que chaque fois qu'il existe une maladie qui peut être aggravée considérablement ou dangereusement par la continuation des efforts de l'accouchement, l'on doit autant que possible abréger le temps du travail.

LIVRE III.

DES MALADIES SUITES DE COUCHES.

CHAPITRE Ier.

DE LA CONDUITE A TENIR APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Immédiatement après l'expulsion du placenta, il faut introduire le doigt dans le vagin pour s'assurer que le périnée ou la cloison recto-vaginale n'est point déchiré, et qu'il n'y a point d'inversion de la matrice. — Ensuite, si la malade n'est pas très-fatiguée, elle doit être tournée lentement sur le dos, et l'on doit glisser sous elle une bande large qui sera tendue très-uniformément autour de l'abdomen, et attachée avec des épingles (1), assez étroitement pour procurer la sensation d'un agréable support. La bande sera de fil ou de coton, et il est d'ordinaire de placer une compresse par-dessus la matrice pour favoriser ses contractions. Dans quelques cas, sinon dans la plupart, on pourrait s'en dispenser comme on le voit chez les sauvages; mais chez les peuples civilisés cette pratique est utile, sinon absolument nécessaire, car les muscles abdominaux ne se contractent pas de manière à donner du support aux parties situées à l'intérieur, et la syncope, l'oppression et d'autres effets fâcheux peuvent en être la conséquence. On doit aussi retirer de dessous la malade le drap mouillé, et lui mettre une large jupe de flanelle, avec un large cordon que l'on attachera comme une seconde bande par-dessus la première. On appliquera ensuite une serviette chaude à la vulve, et la malade sera mise à son aise, ayant autant de couvertures qu'il sera nécessaire pour procurer une douce chaleur. Si elle le désire, on pourra lui donner une petite panade ou quelque autre nourriture légère, après quoi on la laissera reposer. Mais avant de se retirer, il est bon de s'assurer si le bandage ne serre pas trop, s'il n'y a point d'hémorrha-

(1) L'abdomen, à partir de l'époque de la naissance jusqu'à l'application du bandage, devra être supporté, surtout à la région de l'utérus, par la main étendue.

gie considérable, et si les douleurs qui suivent l'accouchement ne surviennent pas avec intensité. Il convient aussi de s'assurer de l'état du pouls, et de recommander strictement à la garde-malade d'éviter toute espèce d'efforts et de stimulants. — Après avoir simplement démontré tout ce qui paraît être nécessaire, je dois dire ensuite ce qu'il faut éviter. Plusieurs garde-malades ont l'habitude de changer la malade entièrement, et dans ce but, de la faire tenir debout. Or, cette pratique peut n'être pas toujours suivie de conséquences fâcheuses, mais elle est très-blâmable; car par là la malade est beaucoup fatiguée, et si elle se met sur son séant, même pendant peu de temps, il peut se produire une hémorrhagie ou une syncope. Le prétexte que l'on donne c'est de mettre la femme plus à son aise. Et, en vérité, si les linges sont mouillés par la sueur ou par les écoulements, il peut y avoir quelque raison pour les changer. Mais ceci doit se faire doucement, sans la soulever, et si elle est fatiguée, il faut qu'elle ait pris auparavant un peu de repos. Une autre habitude mauvaise, c'est l'administration des stimulants : ce n'est pas que je dise qu'ils ne soient pas salutaires, comme dans certains cas d'épuisement; mais je soutiens décidément qu'en général ils sont inutiles et dangereux, tendant à empêcher le sommeil, à provoquer une hémorrhagie, et à causer de la fièvre et une inflammation. Une troisième coutume, qui est aussi pernicieuse, c'est de faire trop de feu dans la chambre, de fermer les rideaux du lit, d'augmenter le nombre des couvertures, et de donner toutes les boissons chaudes, afin de provoquer la transpiration. Cette pratique est sujette à causer de la faiblesse et une foule d'affections hystériques, aussi bien qu'une espèce de fièvre que l'on a souvent bien de la peine à enlever. Elle rend aussi les malades très-susceptibles au froid, et provoque très-facilement le frisson. D'un autre côté, il faut éviter l'exposition au froid ou l'application du froid, en aucune manière, vu que cela produit souvent une inflammation locale J'ai vu bien des exemples d'une maladie mortelle causée parce qu'on a laissé la malade se refroidir pendant la nuit. Enfin les conversations et toute espèce de bruits sont nuisibles en ce qu'ils empêchent de dormir, qu'ils causent un mal de tête ou des palpitations, ainsi que d'autres symptômes fâcheux.

A notre prochaine visite, que l'on doit faire dans les douze heures qui suivent la délivrance, l'on doit s'enquérir si les douleurs ont été intenses, ou si l'écoulement a été abondant, s'assurer si le pouls n'est pas fréquent; car il y a toujours à craindre lorsque les pulsations continuent d'être toujours rapides. Il faut aussi demander si la malade a uriné, et si elle n'a pas uriné, et qu'elle ait envie sans le pouvoir faire, on appliquera au pubis un linge trempé dans de l'eau chaude, après l'avoir tordu suffisamment. Si ce moyen échoue, on évacuera souvent les urines en soulevant doucement et légèrement l'utérus avec le doigt, ou bien l'on introduira le cathéter. Il y a deux états dans lesquels on désire fortement que les urines ne soient point gardées : le premier, c'est lorsque la malade éprouve beaucoup de douleur dans le bas ventre, avec une envie d'uriner; le second, c'est après un accouchement laborieux ou accompli avec les instruments. — On devra obtenir une selle dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivront la délivrance, soit au moyen d'un lavement ou d'un doux laxatif. Si la malade éprouve ordinairement une fièvre de lait assez forte, ou si les seins sont sujets à être douloureux ou tendus, il vaut mieux donner un laxatif salin à une dose raisonnable, qu'un lavement. Si la femme ne doit point nourrir son enfant, le laxatif devra être plus fort, et on pourra le répéter tous les deux jours. — Après la délivrance, il s'écoule, pendant quelques jours, de la matrice, un liquide sanguinolent, qui devient ensuite verdâtre, et enfin pâle; il diminue de quantité, et disparaît entièrement dans l'espace d'un mois, souvent en moins de temps. C'est ce qu'on appelle les lochies. Pendant ce temps, il est nécessaire de laver tous les jours l'orifice du vagin et les parties externes avec de l'eau tiède et du lait.

Pendant la dernière période de la grossesse, il s'établit généralement une légère sécrétion de lait dans les seins, et quelquefois il s'en écoule du mamelon. Après la délivrance, cette sécrétion augmente, et vers le troisième jour l'on trouve les seins considérablement distendus. Un grand nombre de femmes se plaignent à cette époque de beaucoup de tension et de malaise, et il y a ordinairement un peu d'accélération dans le pouls. Il peut même survenir une fièvre assez forte, qui est appelée la fièvre de

lait. Le meilleur moyen d'empêcher ces symptômes de devenir graves, c'est de tenir le ventre libre, de présenter les seins à l'enfant, avant qu'ils ne soient distendus. Ceci peut se faire généralement douze heures après la délivrance. — Le régime des femmes en couches devra être léger, et si elles n'allaitent point, on devra éviter les liquides; les aliments seront autant que possible d'une nature sèche, et l'on apaisera la soif plutôt avec des fruits mûrs qu'avec des boissons. Si la femme doit nourrir, les aliments, pendant les deux premiers jours, devront se composer de thé et de pain rôti pour déjeûner, d'*arrow root*, ou d'un faible bouillon de poulet pour le dîner et d'une panade pour le souper. On peut donner pour boisson de la tisane faite avec du pain rôti ou avec de l'orge, mais l'on devra proscrire la bière; à moins que la malade ne soit faible, et qu'elle n'ait point en même temps de la fièvre, on ne devra point permettre le vin pendant quelques jours. Alors l'on pourra en ajouter un peu à la panade ou au sagou que la femme prend pour souper, et elle pourra en boire un petit verre avec de l'eau après son dîner. Ensuite on pourra donner un peu de poulet pour dîner, et à mesure que la convalescence s'avancera, la femme reviendra à son ancienne nourriture. — L'époque où l'on permettra à la malade de se lever pour faire son lit devra être réglée d'après ses forces et d'autres circonstances. Elle ne devra jamais arriver avant le troisième jour, et ensuite, au bout d'un jour ou deux de plus, on lui permettra de s'habiller en partie et de se reposer une heure ou deux sur un sofa. Mais même dans la meilleure convalescence, et en été, elle ne devra jamais quitter la chambre qu'après dix à douze jours. Elle ne devra point prendre l'air, en général, qu'après que le mois sera passé. Dans les saisons froides, et lorsque la malade est délicate, elle devra garder la chambre plus long-temps. En se levant trop tôt, et en faisant des efforts, il peut se produire un prolapsus de l'utérus, et le plus souvent les lochies deviennent plus abondantes, et les forces diminuent. S'il y a ou s'il y a eu auparavant la plus petite tendance au prolapsus, il est absolument nécessaire de tenir la malade, pendant quelque temps, dans une position horizontale, sur un sofa, en évitant, du reste, ce degré de chaleur qui relâche l'économie. Il est aussi nécessaire, dans ce cas-là, de stimuler l'absorption par les lymphatiques de l'utérus, au moyen d'un doux purgatif donné une fois tous les trois ou quatre jours, de laver les parties externes avec de l'eau de rose avec addition d'un tiers d'alcool, et à la fin de la quinzaine, d'essayer les toniques mêlés à un doux diurétique.

CHAPITRE II.

DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE.

Dans l'accouchement naturel, après l'expulsion de l'enfant, l'utérus se contracte fortement, de manière à détacher le placenta et les membranes qui sont à sa surface, pour les expulser ensuite (1). Ce travail est toujours accompagné d'un écoulement de sang, mais la quantité, en général, est petite. Si les fibres utérines ne se contractent pas convenablement après l'expulsion de l'enfant, de manière à diminuer le diamètre des vaisseaux, et en même temps à adapter le volume de la matrice, à la substance qui reste encore à son intérieur, alors, pourvu que le placenta et les membranes soient en entier ou en partie séparés, les vaisseaux qui naissent de l'utérus, mais surtout les orifices des veines, seront béants et relâchés, et ils laisseront couler du sang avec une rapidité qui sera proportionnée à leur volume ou à la force de la circulation. Cet écoulement, qui est principalement, sinon entièrement veineux, continuera jusqu'à ce qu'il soit arrêté par une syncope, état qui n'est que trop souvent le prélude de la mort. Tant que le placenta et les membranes adhèrent, l'on n'a aucune hémorrhagie, quoique la matrice soit relâchée; mais aussitôt qu'il arrive une séparation partielle, le sang s'écoule, et un grand nombre de cas mortels surviennent après l'expulsion du placenta. La contraction de l'utérus est une cause première qui empêche l'hémorrhagie, après que le placenta est

---

(1) Lorsque la matrice se contracte convenablement après la sortie de l'enfant, on sentira, si l'on applique la main sur l'abdomen, comme une masse dure et solide; mais lorsqu'elle est dans l'inaction, on ne la sent pas aussi distinctement, car elle est plus molle étant privée d'une contraction tonique.

détaché. L'on trouve aussi qu'une partie de la portion caduque des artères et des veines et la caduque elle-même restent quelque temps attachées aux parois de l'utérus, et se trouvent mêlées à du sang. Ceci forme une couche brune qui aide beaucoup d'abord à modérer la violence de l'écoulement.

La contraction de l'utérus, en agissant sur les vaisseaux, tend à prévenir l'hémorrhagie. Mais tandis que nous estimons la contraction à sa juste valeur, et que nous regardons son absence comme une cause d'hémorrhagie, cependant il faut attribuer quelque chose à l'état des vaisseaux eux-mêmes, comme étant affectés par les nerfs de l'utérus. Si quelque circonstance entretient l'excitation des nerfs de l'utérus, tout le système vasculaire sera aussi mis en activité, et si à cela se joint le relâchement d'une grande partie des fibres, comme cela arrive surtout lorsqu'une partie éprouve une action spasmodique, il doit se produire un effet bien capable d'occasionner une hémorrhagie. Dans presque, sinon absolument dans tous les cas de perte, soit avant ou après l'expulsion du placenta, l'on remarque une action spasmodique des fibres du col utérin lui-même, qui paraît suffisante pour exciter les vaisseaux, peut-être aussi pour retarder le retour du sang à travers certaines veines. Ce spasme, s'il ne le produit point, accompagne du moins généralement un relâchement des autres fibres de l'utérus, et ces deux états opposés sont sujets à se produire, si le travail a été laborieux ou si l'enfant a été expulsé tout-à-coup par une contraction forte, mais seulement momentanée. Cependant même, indépendamment de la contraction musculaire, l'hémorrhagie peut naître de celle des vaisseaux, et quelquefois elle a été arrêtée chez les femmes qui y sont sujettes pour cette cause, en ôtant du sang pendant l'accouchement ou à la fin de la grossesse. Mais cette pratique paraît réussir non pas tant, comme le suppose le docteur Gooch, en ce qu'elle diminue la pléthore générale ou l'action anormale des artères, que par son influence locale sur l'origine des nerfs utérins.

L'inertie de la matrice est quelquefois si universelle, que, lorsque la main est introduite, elle pénètre presque jusqu'au niveau de l'estomac. Mais en général, une rangée de fibres circulaires se contracte spasmodiquement autour de la partie supérieure du col utérin, retenant le placenta au-dessus d'elle, tandis que les autres fibres restent relâchées; ou bien la contraction peut avoir lieu plus haut, et ce n'est que la partie supérieure du placenta qui est comprise par elle; car il n'y a qu'une partie de l'utérus qui soit exclusivement affectée. On a dit, quoique improprement, que l'utérus avait la forme du sablier. Et si je ne connaissais le danger d'établir des règles générales, je dirais que cette contraction a lieu dans presque tous les cas. J'ai rarement introduit la main dans la matrice dans un cas d'hémorrhagie sans l'avoir rencontrée, que le placenta ait été ou non expulsé. Lorsqu'elle ne se présente pas en quelque degré, je soupçonne que son absence est due à un état de torpeur de la matrice. — Ce spasme de l'utérus (1) est accompagné de douleurs dans le dos, qui sont quelquefois intenses, d'une grande perte de forces, d'un pouls très-faible, de mal de cœur et de pâleur, ainsi que d'une hémorrhagie utérine qui n'est pas la seule cause de prostration et de débilité, car ces symptômes précèdent souvent même une hémorrhagie interne, quoiqu'elle les augmente rapidement jusqu'à un degré alarmant. Ils dépendent en grande partie du spasme, et, comme je le dirai dans la suite, ils naissent quelquefois directement d'une affection des nerfs spinaux. Si une malade éprouve des maux de cœur ou de la faiblesse, ou si son pouls s'affaisse, si elle devient pâle bientôt après la délivrance, qu'il y ait ou non une hémorrhagie, l'on peut être sûr que ce spasme est arrivé, ou que la malade a eu précédemment une affection de la moelle épinière, qui agit à présent d'une manière dangereuse, et que dans

(1) Quelques auteurs ont nié que le placenta fût retenu par un spasme, mais ils ont imaginé que le kyste dans lequel il se trouvait était produit par la torpeur d'une partie de la matrice, tandis que toutes les autres se contractaient, ou parce que l'utérus se contractait tout autour du placenta. Le docteur Douglas pense que le spasme est toujours produit par un mauvais traitement, surtout lorsqu'on irrite le vagin ou que l'on tire sur le cordon. Pour la tranquillité d'un grand nombre de praticiens attentifs observateurs, je me félicite de ne point partager l'opinion de l'honorable écrivain. Voir *Med. chir. trans.*, vol. VI.

tous les cas il n'y a que des mesures promptes qui puissent conserver la vie. Cet effet du spasme, qui cause une faiblesse indépendante de la quantité réelle de sang perdu, ou qui n'est nullement proportionnée à la perte, est analogue à celui que produit le spasme de l'estomac.

L'hémorrhagie utérine paraît ordinairement bientôt après la délivrance, et très-souvent avant l'expulsion du placenta; mais elle peut survenir après que le placenta a été expulsé. Au reste, rarement elle se montre lorsqu'il s'est écoulé une demi-heure après l'expulsion. Quand elle arrive, elle est généralement rapide et abondante, produisant sur l'économie les effets ordinaires d'une perte de sang, et ces effets sont plus grands et plus prompts que ceux qui suivent l'hémorrhagie avant la délivrance, parce que la perte est plus instantanée et plus étendue, et parce que les suites sont souvent aggravées par la combinaison du spasme. S'il est petit, ou s'il ne produit pas grand effet, le premier écoulement de sang peut ne pas causer une grande faiblesse, parce qu'il se compose principalement du sang qui circulait auparavant dans la matrice, et qu'il n'est pas pris directement sur l'économie, et comme le placenta ne se sépare pas entièrement tout d'un coup, la perte est d'abord plus lente, mais même, lorsque le détachement est partiel, l'effet ne tarde pas à paraître dans tout son degré. Il n'est pas rare, si la femme n'est pas secourue, de la voir mourir dans les dix minutes qui suivent la naissance de l'enfant (1).

Lorsque le placenta est arraché sans précaution, immédiatement après la sortie de l'enfant, l'on trouve souvent que la matrice ne se contracte pas comme elle devrait le faire, et les vaisseaux répandent du sang avec abondance. Une partie s'écoule par le vagin, mais il y a beaucoup de sang qui reste dans la cavité de la matrice, où il se coagule et s'oppose au libre écoulement par le vagin. Cependant le sang peut, dans ce cas là et dans d'autres, être versé toujours dans la cavité de la matrice qui devient distendue, et souvent à un haut degré. Lorsque le sang s'écoule par le vagin, la malade s'en aperçoit toujours; mais lorsqu'il est renfermé dans la matrice, on ne connaît l'hémorrhagie qu'à ses effets. Le pouls s'affaisse, le teint pâlit, les forces s'en vont, et un évanouissement précède la catastrophe fatale. — Même lorsque le placenta n'a pas été arraché violemment, l'hémorrhagie peut être produite par des efforts imprudents, ou par une agitation trop grande. — L'application prolongée d'une grande chaleur, les agitations de l'esprit et l'emploi des stimulants peu-

---

(1) La malade peut mourir rapidement après la naissance de l'enfant, par d'autres causes qu'il ne convient pas de noter toutes ici. Une mort subite peut provenir d'une affection organique du cœur, telle que l'ossification des valvulves ou des artères, ou bien la dilatation des cavités du cœur ou l'anévrisme de l'aorte; tout praticien doit connaître le trouble rapide qui se produit, dans ces cas-là, sur l'économie. Chaque fois que l'on soupçonne une pareille maladie, il faut faire observer le repos le plus absolu après la délivrance. S'il y avait quelque disproportion dans le volume des deux ventricules, le ventricule droit étant, par exemple, plus volumineux que le gauche, alors toute cause capable d'accélérer la circulation peut faire contracter les deux ventricules au dernier degré, et la conséquence en serait que tout le sang du côté droit serait poussé dans les poumons, mais il ne pourrait pas être repris par le ventricule gauche; il doit se faire une rupture dans les vaisseaux pulmonaires; et je connais un grand nombre de cas où la malade a été suffoquée immédiatement. La mort subite peut aussi être causée par une affection du cerveau semblable à celle qui a lieu dans les convulsions puerpérales. Dans ce cas-là, les premiers symptômes sont souvent de la douleur dans l'estomac, et la malade peut mourir avant la production des autres effets. Si une légère hémorrhagie accompagne cet état, l'effet débilitant est grand, et, à cause des causes combinées, la malade peut mourir, quoiqu'elle ait perdu peu de sang Il peut survenir une grande difficulté dans la respiration et une syncope très-alarmante, sinon mortelle, simplement par l'état de vacuité de l'utérus, si on n'applique pas un support convenable, comme on le remarque quelquefois après une ponction, dans un cas d'hydropisie. Dans ce cas-ci, même lorsqu'on n'avait pas négligé l'application d'un bandage, j'ai vu se produire une faiblesse alarmante. Le meilleur remède est un opiacé avec un peu de vin chaud ou d'eau-de-vie. L'air peut pénétrer dans les sinus utérins et causer une mort subite.

vent contribuer à la production d'une hémorrhagie. — Une inversion partielle ou complète de la matrice est une autre cause d'hémorrhagie, et qui ne peut être découverte que par le toucher. — Si l'hémorrhagie arrive après la délivrance, la femme assure avoir un écoulement anormal, et en l'examinant l'on trouve qu'il existe réellement. Mais d'abord le pouls est assez bon, et la physionomie n'est pas très-altérée. Dans l'espace d'une minute peut-être, le pouls s'abat, la face pâlit, les mains deviennent froides; la respiration se fait par soupirs, ou après être restée tranquille pendant quelque temps, la malade pousse un long soupir, et elle paraît comme si elle essayait de sortir d'un profond sommeil. Elle crie qu'elle a mal au cœur, et elle vomit immédiatement, elle dégage ses bras, repousse les couvertures et paraît avoir la respiration gênée; elle se plaint d'avoir froid, ou peut-être elle est insouciante, et supplie de ne pas la troubler, ou bien elle est dans un état voisin de la syncope, ou elle promène des yeux égarés autour d'elle, et elle est extrêmement agitée; elle respire avec difficulté, et expire promptement. L'on connaît généralement le danger d'une hémorrhagie, et la consternation qu'elle produit parmi les assistants est dans beaucoup de cas très-grande. L'une s'écrie que la malade est morte, une autre qu'elle se meurt, une autre se tord les mains, une autre court chercher des cordiaux, et il faut une grande fermeté et beaucoup de sang-froid de la part de l'accoucheur pour empêcher toute intervention nuisible, et procurer les secours nécessaires.

D'après le tableau que j'ai tracé, il est évident qu'il faut prévenir l'hémorrhagie en maintenant l'action musculaire de l'utérus et en évitant tout ce qui peut augmenter la force de la circulation. Un moyen puissant pour maintenir l'action de la matrice, consiste à empêcher qu'elle ne se débarrasse promptement du produit de la conception. Il arrive fréquemment que lorsque l'enfant est expulsé instantanément par une seule contraction, étant en quelque sorte lancé hors de l'utérus, ou lorsque le corps est expulsé rapidement après la sortie de la tête, il survient une hémorrhagie. Par conséquent, on ne doit point précipiter l'accouchement, et l'expulsion doit se faire par degrés. Au lieu d'arracher le corps de l'enfant, il faudrait plutôt retarder l'expulsion, lorsqu'elle doit arriver rapidement. Ceux qui apprécient la dextérité et la science d'un accoucheur par la rapidité avec laquelle il extrait l'enfant, basent la bonne opinion qu'ils ont sur une conduite très-dangereuse et très-répréhensible, et celui qui adopte cette pratique doit donner naissance à un grand nombre d'accidents imprévus, et produire de grands malheurs. D'un autre côté, un travail laborieux et long n'est pas moins sujet à être suivi d'une contraction irrégulière de la matrice et d'une hémorrhagie. Un autre moyen de maintenir et de stimuler l'action utérine, c'est de supporter le ventre et d'exercer une douce pression avec la main immédiatement après la délivrance. Je ne prétends pas dire que cette pratique soit nécessaire dans tous les cas; mais elle est si généralement utile, qu'on ne doit jamais la négliger. Le docteur Clarke conseille avec raison de placer la main, dans l'acte de l'expulsion de l'enfant, sur le fond de l'utérus, de manière à lui procurer un support pendant et après la contraction. La circulation doit être aussi modérée par le renouvellement d'un air frais, en diminuant le nombre des couvertures, en maintenant la femme dans un état de repos absolu, et en évitant l'administration des stimulants. Si ces moyens, qui sont simples et peu nombreux, ne sont pas négligés, l'on verra rarement l'hémorrhagie suivre la naissance de l'enfant. Quelques femmes, sans doute, sont particulièrement sujettes à cet accident; elles ont généralement les fibres relâchées, elles sont aisément fatiguées et agitées, et sujettes à des affections hystériques (1). Lorsqu'une femme

(1) Pendant la grossesse, il y a quelquefois une diathèse scorbutique ou hémorrhagique marquée par des taches sanguines, des gencives spongieuses, saignantes, par des écoulements sanguins provenant du nez, ou d'une petite blessure, ou après l'extraction d'une dent. Si cet état n'est pas modifié par une nourriture fortifiante, se composant de fruits et de végétaux, et par une surveillance exercée sur les intestins, il peut survenir après la naissance une hémorrhagie utérine très-rebelle. On a proposé de donner des aliments secs et des laxatifs aux femmes qui sont sujettes aux hémorrhagies; mais le remède le plus efficace, c'est de régler convenablement la marche du travail, et d'exciter les contractions utérines après la délivrance.

est connue pour être sujette à une hémorrhagie, il faut lui donner une forte dose de laudanum immédiatement après la délivrance, stimuler l'action de l'utérus par des pressions ou des frictions faites à l'extérieur ; et, à la moindre apparence d'écoulement sanguin, il faut, peut-être dans la plupart des cas semblables, chaque fois que l'enfant est né, introduire la main dans la matrice. Il ne faut pas s'occuper du placenta ni chercher à l'extraire. Notre but, c'est, par la présence et la douce pression de la main, d'exciter les contractions de la matrice, afin qu'elle puisse expulser l'arrière-faix en temps convenable. Cette pratique cause peu de douleur et peut être suivie des résultats les plus importants. L'on peut aussi, à la fois, si l'on sent la matrice se contracter spasmodiquement, porter les doigts au-delà de la partie contractée et la dilater doucement. Je n'ai pas besoin de dire, je pense, que dans tous les cas, surtout dans ceux où le travail a été laborieux, ou lorsque la femme est sujette à une hémorrhagie, il ne faut pas quitter le lit, mais examiner souvent, pour s'assurer s'il n'y a pas quelque perte. A l'instant où une femme est atteinte d'hémorrhagie après la délivrance, il faut chercher à exciter les contractions de l'utérus sur lesquelles seules repose notre espérance de salut ; car c'est une erreur funeste d'attendre que les symptômes dangereux apparaissent. Nous avons toujours sous notre main des moyens énergiques, tels que l'introduction de la main dans la cavité de l'utérus, la pression et les frictions faites à l'extérieur ; et, dans les cas extrêmes, l'application du froid sur le ventre. On aidera leur action en prescrivant à l'instant quarante ou cinquante gouttes de laudanum.

La rétention du placenta n'est pas en général la cause de l'hémorrhagie, mais un état particulier de l'utérus se combine avec elle. Par conséquent, notre premier objet, en introduisant la main, n'est pas tant d'extraire le placenta que de provoquer une action plus forte de la part de l'utérus. Combien donc il est téméraire et dangereux d'enfoncer la main dans l'utérus, de saisir le placenta et de l'extraire à l'instant, ou de chercher à amener le placenta au dehors en tirant avec force sur le cordon ombilical. Dans le premier moyen, l'on s'expose à lésir l'utérus, et certainement l'on ne peut compter dessus pour arrêter l'hémorrhagie. Dans le second, l'on déchire le cordon ou l'on cause une inversion de la matrice. Cependant, quoique cette règle soit exacte, il ne faut pas la pousser trop loin. Le placenta est retenu parce que la matrice n'agit pas avec énergie ; mais dans une torpeur considérable, je suis porté à croire qu'il peut quelquefois devenir nuisible, en empêchant l'utérus de s'affaisser, tandis que d'un autre côté il n'exerce pas, contre la surface de la matrice, une pression stimulante, comme le pourrait faire la main. En enlevant simplement le placenta après que la matrice a été pendant quelque temps excitée par l'introduction de la main, on permet aux parois de la cavité maintenant vide, de se rapprocher, et cela suffit seul pour provoquer les contractions, comme le fait l'écoulement des eaux pendant le travail. Au reste, on trouve que l'extraction du placenta est au moins accompagnée d'une suspension momentanée de l'hémorrhagie. Mais dans la plupart des cas, il est prudent de réintroduire la main, et de la maintenir quelque temps dans la matrice. De là aussi, l'extraction des caillots est d'une utilité signalée, souvent même plus avantageuse que de maintenir la main plus long-temps dans la matrice. Lorsqu'on introduit la main, si le placenta n'est pas encore expulsé, l'on se sert du cordon pour se guider, mais l'on n'exerce aucune traction sur lui. Il nous conduit à la constriction particlle qui l'embrasse, tandis qu'au-dessous l'on trouve une cavité libre formée par le vagin et par la partie inférieure de la matrice, remplie souvent de caillots, au milieu desquels l'on trouve les lèvres de l'orifice utérin pendantes, que le praticien ne doit point prendre pour des caillots, ou pour le placenta. La constriction est telle, qu'on a de la peine à introduire le doigt. On le glisse avec précaution le long du cordon jusqu'à l'intérieur du rétrécissement, puis on y fait passer un second doigt et peut-être un troisième, et on dilate doucement la partie retrécie. On a deux buts en faisant cette manœuvre, le premier c'est d'arriver au placenta, qui est situé au-dessus de la constriction, que l'on détache ensuite doucement afin d'en faire l'extraction. Il ne faut employer aucune force pour détacher le placenta, mais plutôt le pousser vers l'ouverture ; quelquefois une portion du placenta est au-dessous de la constriction, et celle-ci n'étreint pas le cordon, mais bien une

portion du placenta ; dans ce cas là, l'extraction est plus facile que dans le premier. Le second objet c'est de provoquer par cette dilatation les contractions générales de la matrice, que l'on favorise en promenant doucement la main dans la portion libre et inférieure de l'utérus. Dès que le placenta est détaché, il faut l'extraire immédiatement en même temps que les caillots, puis introduire de nouveau la main et favoriser les contractions par la pression exercée à l'extérieur. Il ne faut pas dilater de nouveau la partie retrécie que l'on trouve exister encore, à moins que le reste de la matrice ne soit extrêmement flasque; alors on le fait dans le but de produire une excitation. L'on ne peut s'attendre à ce que la constriction disparaisse tout d'un coup; mais si l'hémorrhagie cesse, l'on trouve qu'elle diminue graduellement, surtout par l'emploi du laudanum. L'on ne peut la faire disparaître par la distension, et on ne doit pas l'essayer.

Mais je suppose que le placenta ait été déjà expulsé avant que l'hémorrhagie ne survienne, et quelques-uns des cas les plus alarmants sont de ce genre, et se montrent après que la malade est pansée et mise dans son lit. Il faut suivre la même pratique, il faut introduire la main, exercer la pression à l'extérieur, débarrasser la partie inférieure de la matrice des caillots, et dilater un peu l'endroit rétréci; puis on devra maintenir la main dans l'utérus, ou l'introduire de nouveau si elle a été retirée, et la promener doucement dans la portion la plus relâchée de la matrice, pour l'exciter, si l'hémorrhagie existe encore, ou s'il y a de nouveaux caillots à enlever. C'est une erreur que de supposer que la présence des caillots fermera l'orifice des vaisseaux, ou stimulera les contractions de l'utérus; on arrive plus souvent à ce résultat en ôtant les caillots et en exerçant une pression avec la main, en dedans et en dehors. On ne peut compter sur aucun médicament si l'on n'emploie la main, et si l'on n'ôte les caillots. Maintenant je vais considérer les autres secours que l'on peut apporter. J'ai déjà conseillé, immédiatement après l'attaque d'hémorrhagie, et aussitôt que possible, après l'introduction de la main, car il ne faut pas perdre de temps sous ce rapport, d'administrer quarante ou cinquante gouttes de laudanum; ensuite on pressera avec l'autre main fortement sur la région utérine, ou bien l'on emploiera la main d'un aide, et l'on fera glisser les parois abdominales sur la matrice avec assez de vitesse, sans toutefois le faire rudement; et de temps en temps on la pincera doucement. La friction a pour but de provoquer les contractions, tandis que la pression est calculée aussi, quoique souvent sans effet, pour empêcher la distension.

La contraction de l'utérus est quelquefois puissamment secondée par l'application du froid. On devra diminuer le nombre des couvertures, de manière à empêcher que la surface du corps ne soit trop échauffée, et que la circulation ne soit excitée; mais notre principal espoir repose sur le froid comme application locale, que l'on doit faire si les autres moyens échouent, mais seulement dans ce cas-là. On devra étendre tout-à-coup sur le ventre des linges imbibés d'eau froide. Dans les cas opiniâtres, on a trouvé bon de lancer de force l'eau avec une seringue; on a proposé de plonger une éponge ou un linge dans de l'eau froide, et de le porter dans le creux de la main jusque dans la cavité utérine. Bien plus, on a introduit de la glace même dans la matrice; mais il ne faut pas oublier que l'on peut, par ces moyens, produire une inflammation qui ne peut être justifiée que dans les cas extrêmes. En général, lorsque le froid peut être utile, son application à l'extérieur, au moyen des linges, suffira pour sauver la malade. Je me crois autorisé à le conseiller lorsqu'il est nécessaire, et je ne sache pas qu'il en est résulté de fâcheux résultats (1).

On a conseillé l'ergot de seigle, et on dit que dans quelques cas il a fait du bien, mais rien n'égale l'introduction prudente de la main. — Si l'on trouve le placenta détaché et flottant dans la matrice, l'on remue doucement la main pour stimuler l'utérus, et l'on emploie aussi les autres moyens que j'ai déjà énumérés, savoir : la pression, les frictions, les opiacés, etc. ; ensuite après avoir fait

(1) Saxtorph emploie des injections de vinaigre et d'eau froide. Pasti a la hardiesse d'employer l'alcool et les acides pour cautériser en quelque sorte l'orifice des vaisseaux utérins, ce qui ne peut manquer de causer une inflammation. D'autres introduisent une éponge imbibée d'eau froide ou une vessie de cochon, dans laquelle ils font ensuite entrer de l'air pour qu'elle puisse exercer une pression sur la surface utérine, ou bien ils la

quelqu'effort pour stimuler la matrice on extrait le placenta et les caillots. Du reste il ne faut pas perdre beaucoup de temps dans la tentative qui a pour but d'exciter la matrice par le contact de la main. Car si elle n'est pas suivie d'un prompt effet, il vaut mieux extraire tout d'un coup le placenta, et l'on trouvera que le simple état de vacuité de l'utérus produira un bon effet. On peut ensuite réintroduire la main, et l'on trouvera probablement la cavité utérine très-diminuée. Même dans ce cas-ci que l'on regarde comme un exemple de flaccidité générale de l'utérus, l'on peut ordinairement, avec de l'attention, percevoir une contraction spasmodique au-dessus de la cavité que reçoit la main. — Lorsqu'il arrive qu'une partie du placenta adhère assez fortement à la matrice, il ne faut point être brusque dans les tentatives que l'on fait pour le séparer (1). Quelques sages-femmes ont trop l'habitude de compter plus sur leurs doigts que sur les contractions des fibres utérines, et la conséquence en est qu'elles déchirent le placenta et qu'elles irritent la matrice. Cependant il est incontestable, d'un autre côté, qu'il est quelquefois nécessaire de faire de douces tentatives pour le séparer; mais on doit les faire avec prudence et précaution de manière à ne point déchirer le placenta. On devra glisser les doigts lentement et avec douceur entre l'utérus et le placenta pour détruire l'adhérence qui est rarement étendue. J'ai connu un cas où le placenta fut gardé pendant quatre jours par une adhérence qui n'était pas plus large qu'une pièce d'un franc. Ce cas devint mortel à cause de la perte sanguine qui continua d'avoir lieu en quantité variable, je crois, pendant tout le temps. On ne chercha à secourir la femme que lorsqu'elle était mourante.

L'on peut en général sauver la malade au milieu d'une perte si l'on est sur les lieux lorsqu'elle se montre; mais si la malade a perdu beaucoup de sang avant notre arrivée, les forces peuvent être irréparablement épuisées. Dans les cas où il y a eu une grande faiblesse de produite il faut non-seulement chercher à stimuler les contractions utérines pour prévenir toute nouvelle lésion, mais il faut aussi ménager les forces qui restent. Comme tout exercice est dangereux, il faudra éviter le plus petit mouvement et ne permettre pour aucune raison de changer ou de troubler la malade. Au milieu de tentatives imprudentes, pour soulever la malade, « ou pour la mettre plus à son aise, » on l'a vue quelquefois expirer subitement. Mais il est important de maintenir tout l'abdomen avec un bandage si on peut l'appliquer sans trop remuer la malade.—On surveillera l'état de l'estomac et on combattra autant que possible ce sentiment de prostration qui a lieu souvent dans toutes les pertes. L'on donnera librement, pendant quelque temps, des cordiaux, comme par exemple du vin pur ou de l'eau-de-vie pure, ou étendue d'eau. Mais après que la malade aura commencé à revenir, et que le pouls deviendra ferme, il faudra les retrancher ou en diminuer la dose; car si on les continuait au même degré, on pourrait causer de la fièvre ou une inflammation. Les opiacés sont très-utiles dans tous les cas d'hémorrhagie utérine après la délivrance. Ils sont au nombre des cordiaux les meilleurs et les plus sûrs que l'on puisse employer, et on doit les prescrire dans tous les cas. La dose devra être proportionnée à l'urgence du cas et varier depuis cinquante à soixante gouttes. Dans quelques circonstances, lorsque la faiblesse était grande, on a donné à la fois cent gouttes de teinture opiacée, ou lorsque l'estomac était très-irritable, cinq grains d'extrait d'opium suivis de trois grains toutes les trois heures jusqu'à ce que la malade fût hors de danger. Mais je ne crois pas que des doses aussi fortes de laudanum soient nécessaires, et quant à l'opium solide, on doit le donner à la dose seulement d'un grain pour calmer l'irritabilité de l'estomac, après que le premier danger est passé. Car il ne peut en aucune dose, agir instantanément, et on ne peut compter sur lui dans un

---

remplissent d'eau en même temps qu'ils emploient une pression à l'extérieur. D'autres conseillent le bain froid lui-même. Leroy frotte l'abdomen avec des spiritueux, et Lapira recommande l'application à l'extérieur d'une forte solution de carbonate d'ammoniaque. Gardien suppose que l'hémorrhagie peut quelquefois être assez active pour nécessiter une saignée. D'autres tamponnent l'orifice utérin et compriment l'abdomen. Je ne crois pas nécessaire de commenter ces différents remèdes.

(1) Un des exemples les plus parfaits de l'identification des surfaces utérines et placentaires est conservé dans le musée de l'hôpital d'accouchement de Dublin.

cas urgent. Le laudanum introduit à des doses modérées, soit dans l'estomac, soit dans le rectum, ne peut empêcher les contractions de la matrice, ni produire dans la suite aucun mauvais effet. Les opiacés remplacent en quelque sorte le vin, et sont infiniment plus sûrs. Il ne faut négliger en même temps ni le vin ni l'eau-de-vie, vu qu'ils s'entr'aident les uns les autres, et que ces derniers stimulants ont des effets plus immédiats, propriété qui est d'une importance essentielle. On a donné avec avantage des aromatiques, tels que la teinture de cannelle. On a aussi préconisé la glace à l'intérieur, mais je n'en ai fait aucune expérience. Lorsque la malade est un peu rétablie, il conviendra de donner en petite quantité un potage convenablement préparé, ou d'autres aliments d'une digestion facile.

Il faut prendre garde de donner trop souvent des cordiaux ou des aliments, de peur de charger l'estomac, ce qui produirait des maux de cœur et de l'anxiété, jusqu'à ce que des vomissements viennent réparer notre erreur. Ce dernier symptôme, lorsqu'il est modéré, n'est pas toujours mauvais, car quelquefois il provoque plus puissamment les contractions de la matrice. Le retour du pouls, et les soulagements que la malade éprouve après avoir vomi, doivent être attribués non pas tant à un pouvoir direct que possède le vomissement pour fortifier l'économie, qu'à la disparition consécutive du mal de cœur et de l'oppression. Si ces effets ne suivent pas le vomissement, le cas est aggravé. L'opium est le remède le plus efficace contre les vomissements répétés. On doit le donner depuis un jusqu'à deux grains. — Lorsque l'hémorrhagie a produit une syncope complète, l'état de la malade est très-alarmant. Cependant le danger n'est pas dans tous les cas le même, car quelques femmes s'évanouissent beaucoup plus vite que d'autres. La Motte cite un cas où la malade s'évanouit plus de vingt fois dans le cours d'une nuit. Pendant l'évanouissement elle doit être maintenue dans un état de repos le plus absolu; on devra arroser sa figure avec de l'eau froide, et si elle peut avaler on lui donnera un peu de vin, ou d'eau-de-vie, ou de l'esprit d'ammoniaque aromatisé étendu d'eau, avec addition de laudanum, afin de réveiller l'économie. Ensuite on pourra permettre un peu de vin chaud épicé, et l'on appliquera des linges chauds au pied. Des frictions sur la région de l'estomac faites avec quelque embrocation stimulante, telle que l'esprit de corne de cerf et les alcooliques, ou bien l'application d'un sinapisme, peuvent être utiles. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la malade dans ces circonstances terribles doit être surveillée avec soin; et que, si l'on me permet l'expression, il faut combattre avec acharnement contre la mort. Quelques-uns pourraient croire que les stimulants et les autres moyens que l'on emploie pour combattre la syncope devraient renouveler l'hémorrhagie, et que la syncope elle-même est utile en arrêtant la circulation. Mais aucun médecin qui a de l'expérience ne pourra supposer que la syncope soit sûre dans une hémorrhagie qui suit la délivrance, et il n'hésitera pas, en employant l'opium, l'eau-de-vie ou le vin, à rappeler sa malade à la vie, ou à prévenir le retour des évanouissements.

On a proposé dans ce cas désespéré la transfusion du sang; mais en partie à cause de la difficulté de se procurer un appareil, lorsqu'on en a besoin, et en partie à cause du peu de succès qui accompagne la pratique, rarement on y a eu recours, et elle passe déjà pour une simple spéculation. Une injection d'eau froide faite avec les précautions convenables dans une veine pourrait être, je le pense, aussi utile que la transfusion. Il ne faut pas oublier dans nos considérations sur cette méthode le danger d'une flébite si la malade a le bonheur de survivre. — On avait dans un temps l'habitude d'empêcher la malade de dormir et de se livrer à cet assoupissement qui suit souvent l'hémorrhagie. Mais l'on peut assurément à de courts intervalles donner tout ce qui peut être nécessaire à la malade sans l'empêcher absolument de dormir, ou plutôt de s'assoupir, car la femme ne dort jamais profondément. Il faut cependant ne pas permettre au sommeil de troubler l'administration des cordiaux ou des aliments qui peuvent être nécessaires. — Quelquefois il survient une contraction partielle ou irrégulière, et la personne est tourmentée par des douleurs agaçantes accompagnées d'une nouvelle perte (1). — La rétention

(1) Lorsque l'abdomen a été serré trop fortement, les parties à l'intérieur sont lésées. La malade est agitée et inquiète, le pouls est fréquent; elle se plaint de

d'une petite portion du placenta qui a fortement adhéré à l'utérus est aussi une cause d'hémorrhagie, et la perte peut se renouveler pendant plusieurs jours jusqu'à ce que cette portion soit expulsée. — Il peut aussi arriver que, par quelque agitation de l'esprit ou à cause d'un état maladif de l'économie, l'utérus n'agisse pas régulièrement dans son travail de contraction ou de retour (1) à l'état de non-gestation; dans ce cas-là la cavité peut être remplie de sang, et il se forme un caillot qui est expulsé avec un écoulement aqueux. La matrice peut rester ainsi stationnaire pendant un temps considérable, et les caillots être successivement expulsés avec de légères douleurs et une hémorrhagie assez forte. Ces symptômes ressemblent beaucoup à ceux qui sont produits par une rétention d'une partie du placenta, et on ne peut les distinguer avec certitude. Cependant l'odeur est moins forte, et l'on ne remarque jamais qu'aucune portion de placenta soit expulsée tandis que le caillot, s'il est entier, a entièrement la forme de la cavité utérine.

Enfin, l'on trouve que si la malade a fait quelque imprudence avant que la matrice n'ait été parfaitement rétablie, il peut exister un écoulement de sang qui n'est pas en général très-fort; mais qui par sa longue durée finit par s'élever à une quantité considérable et par altérer la santé et les forces de la femme, c'est ce qu'on a appelé *menorrhagia lochialis*. — Lorsque l'hémorrhagie procède d'une action irrégulière de la matrice, et est accompagnée d'une douleur lancinante, une forte dose de teinture opiacée est utile et rarement manque de soulager la malade. Les laxatifs conviennent aussi. — Si le placenta a été déchiré et qu'une portion reste attachée à l'utérus, l'hémorrhagie est souvent très-opiniâtre. Il s'écoulera à plusieurs reprises du sang caillé et liquide. Le caillot a la forme de l'utérus et est expulsé avec du sang liquide comme dans l'avortement. Une odeur infecte émane de la matrice, et à la fin la portion du placenta est expulsée à l'état de putréfaction, après un laps de plusieurs jours, ou même de plusieurs semaines, et cette expulsion est souvent accompagnée d'attaques d'hémorrhagie considérable. Si l'on touche l'orifice utérin on le trouvera mou, ouvert et irrégulier. — Si en introduisant le doigt on peut sentir quelque chose au dedans de la matrice, il faudrait l'extraire avec précaution. Mais on ne doit point user de force ni causer beaucoup d'irritation, soit dans nos examens, soit dans nos tentatives d'extraction, dans la crainte d'enflammer l'utérus. Il est plus raisonnable de tamponner le vagin et même l'orifice utérin de manière à retenir le sang et à provoquer les contractions de l'utérus. L'on peut aussi injecter quelque liquide astringent dans le même but, ou faire passer dans la matrice, un courant d'eau modérément froide, au moyen d'une large seringue, afin d'enlever par des lavages répétés cette portion du placenta. Si elle a été presque détachée, ou si l'odeur est très forte, l'on peut employer une solution faible de chlorure de chaux. Un doux émétique favorise quelquefois l'expulsion. Les intestins devront être maintenus libres, et les forces supportées par une nourriture douce et fortifiante, mais il faut prendre garde d'un autre côté de ne pas remplir trop vite les vaisseaux. S'il y a des symptômes fébriles, le cas est encore plus dangereux, comme je le dirai bientôt.

Lorsque l'hémorrhagie provient d'une interruption dans le travail de la restauration, notre principale ressource consiste à provoquer les contractions de la matrice, en donnant un doux émétique, en employant des lavements, en frictionnant le ventre, en injectant des liquides froids et astringents dans l'utérus; et si les autres moyens échouent, en appliquant tout-à-coup un linge ou une éponge imbibés d'eau froide, lorsque la matrice expulse le caillot. On arrête aussi l'hémorrhagie et l'on épargne le sang en faisant promptement le tamponnement, et l'on diminue l'action des vaisseaux eux-mêmes en calmant ou en enlevant toute irritation, et en évitant les stimu-

---

douleur vers l'utérus, et d'engourdissement dans les cuisses; quelquefois les lochies sont arrêtées; quelquefois, au contraire, il se produit une hémorrhagie assez abondante. On apporte du soulagement en desserrant le bandage, en donnant un anodin, et, s'il n'y a point d'hémorrhagie, en fomentant le ventre.

(1) Cela est dû d'abord à la contraction musculaire, ensuite l'absorption achève le reste du travail. Mais si ces opérations sont interrompues ou troublées, alors les vaisseaux qui sont encore larges, étant privés de leur support convenable, seront très-sujets à laisser écouler du sang.

lants ou tout ce qui pourrait remplir trop vite les vaisseaux. Le sentiment de prostration, le mal de cœur, la tendance à la syncope, etc., seront combattus par les moyens déjà indiqués. — En dernier lieu la ménorrhagie lochiale devra être traitée par le repos, l'air froid, l'emploi de la teinture de quino, l'acide sulfurique, ou par d'autres toniques, en arrosant le pubis ou l'anus avec de l'eau froide, et en injectant trois ou quatre fois par jour un liquide astringent dans le vagin. Quelquefois lorsque l'écoulement s'arrête, la malade se plaint beaucoup d'une affection de l'estomac. Elle devra être calmée par des laxatifs et des aromatiques, et l'on appliquera des rubéfiants à l'épigastre. Lorsque cette affection alterne avec la diarrhée, la conserve de cachou est utile, associée à quelques teintures amères. Si le pouls est fréquent, la digitale prise pendant quelque temps peut être favorable. La douleur dans le dos accompagne généralement cette maladie, et elle est quelquefois assez intense pour affecter même la respiration. Dans ce cas-là un emplâtre chaud appliqué au dos est souvent utile, et si le pouls est mou on devra donner un anodin. Dans des cas légers l'application sur le dos de linges imbibés de vinaigre froid fait du bien. — Les palpitations pénibles, les battements dans le cerveau et le mal de tête ainsi que les autres affections nerveuses qui suivent souvent l'hémorrhagie, sont soulagés par l'emploi régulier et prolongé de laxatifs combinés avec l'assa-fœtida, ou les toniques tels que le fer ou la quinine, selon les circonstances. Dans la première partie de cet ouvrage l'étudiant trouvera des remarques sur les effets que produit une hémorrhagie considérable.

CHAPITRE III.

DE L'INVERSION ET DE LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS.

L'inversion de l'utérus signifie que l'intérieur est tourné et renversé dans le vagin. Elle peut exister à différents degrés, et en conséquence elle a été divisée en simple dépression, en inversion incomplète lorsque le fond est à peine engagé dans l'orifice, et complète lorsqu'il fait saillie hors du vagin et ressemble exactement à la matrice après la délivrance; seulement le col est tourné en haut. Le vagin est dans ce cas-là quelquefois partiellement abaissé ou bien renversé aussi en partie, de sorte que la tumeur est d'une longueur considérable. L'on ne peut dire cependant que l'inversion soit, strictement parlant, complète; car, dans la plupart des cas, les lèvres de l'orifice utérin sont pendantes et l'inversion se termine à la partie inférieure du col. L'expression d'inversion complète n'est donc pas tout-à-fait exacte (1). Lorsque l'inversion est plus partielle, la tumeur est maintenue entièrement, ou en grande partie au dedans du vagin, et le fond seul fait saillie jusqu'à un certain degré à travers l'orifice utérin, formant une substance compacte ressemblant un peu à la tête d'un enfant (2). Lorsqu'il y a une inversion de l'utérus, la malade ressent une grande douleur accompagnée généralement d'efforts comme pour aller à la selle qui rendent quelquefois complète une inversion partielle. La douleur est opiniâtre et intense; la malade se sent très-faible, le teint est pâle, le pouls faible, peut-être presque imperceptible; une hémorrhagie accompagne ordinairement l'accident, et souvent elle est très-abondante. Mais il est bon de faire remarquer que fréquemment l'inversion complète n'est point accompagnée d'hémorrhagie (3), tandis qu'une très-petite in-

(1) Quelques auteurs prétendent qu'il est possible que les lèvres soient entièrement renversées.

(2) Feu le docteur White de Paisley décrit très-bien la tumeur en la comparant à la balle d'un imprimeur. *Med. comment.*, vol. xx, p. 147. Quelquefois elle ne passe pas à travers l'orifice utérin. Denman, vol. II, p. 351. — Margetus, lib. IV, p. 1019, rapporte un cas mortel où la tumeur fut prise pour la tête d'un second enfant. L'utérus fut d'abord partiellement, puis complètement renversé avec des douleurs atroces. — M. Smith rapporte un cas d'inversion où l'accident fut suivi de syncope, de soubresauts, etc.; les soubresauts et la fréquence du pouls durèrent quelques jours, avec une fièvre et une impossibilité de remuer. *Med. and phys. journ.*, vol. VI, p. 508. — Dans le même volume, M. Primerose cite un cas où une grande partie de l'utérus se détacha par gangrène et la femme se rétablit.

(3) C'était là le cas dans l'exemple rapporté par le docteur Hamilton, *Med. comment.*, vol. XVI, p. 315. Dans l'exemple cité

version peut être suivie d'une perte mortelle. Quoique l'hémorrhagie soit petite, la face est pâle et le pouls faible et rapide; la sensation d'un tiraillement à l'estomac, ou un sentiment comme si les intestins étaient arrachés du ventre, peut accompagner l'inversion; les évanouissements et les convulsions ne sont pas rares, quoique la perte ait été petite. On peut soupçonner l'existence de l'inversion d'après les symptômes que l'on vient de mentionner, et au toucher on sentira la matrice faisant plus ou moins de saillie comme une masse charnue, tandis qu'on ne peut découvrir dans la région hypogastrique un corps dur comme l'utérus.

L'inversion dans la majorité des cas provient des manœuvres de la sage-femme (1) qui cherche à extraire le placenta en tirant sur le cordon. Quelquefois l'utérus est directement abaissé et le placenta adhère encore; dans d'autres cas il est détaché. L'inversion peut aussi arriver si l'on permet à l'utérus d'expulser brusquement l'enfant; car si le cordon ombilical est court ou entortillé autour de l'enfant, le fond peut recevoir une secousse brusque et se renverser. Pour la même raison, ou quelquefois peut-être à cause d'une pression soudaine d'une partie des intestins sur le fond de l'utérus occasionnée par une forte contraction des muscles abdominaux, une partie du fond se déprime comme le fond d'une bouteille et empiète sur la cavité utérine. Ce déplacement se redresse ordinairement de lui-même si on l'abandonne à la nature; mais si l'on tire sur le cordon, ou s'il y a une tendance dans l'action utérine à se diriger vers le fond, comme cela arrive lorsqu'une déchirure existe à cet endroit, ce qui peut avoir lieu de la même manière dans le cas dont il s'agit, la dépression est bientôt convertie en une inversion parfaite, qui peut ainsi arriver spontanément et sans aucune faute de la part de l'accoucheur. Le docteur Merriman (Synopsis, p. 149) mentionne un cas où l'inversion survint lorsque la main de l'opérateur était introduite dans le but d'effectuer la séparation du placenta. C'est de cette manière que l'on peut se rendre compte de ces cas qui sont évidemment arrivés plusieurs jours après la délivrance, et dans lesquels l'utérus est descendu tout-à-coup avec ou sans hémorrhagie. Il paraîtrait cependant que cette dépression du fond, se terminant à la fin en une inversion complète, peut survenir quelque temps après la délivrance. On rapporte un cas de ce genre dans lequel pour une hémorrhagie on avait introduit la main et l'on n'avait pas trouvé l'utérus dans sa forme ordinaire. Le douzième jour l'inversion arriva. Même dans ce cas il n'est nullement certain qu'il n'y ait pas eu dépression de bonne heure. Car l'accoucheur n'a pu ne pas apporter une minutieuse attention à cette circonstance, vu qu'il ne la soupçonnait point. Une inversion incomplète peut rester toute la vie et occasionner des fleurs blanches et une hémorrhagie. Quelques auteurs cependant comptent sur la grossesse pour effectuer une guérison, ce qui arriverait sans doute si celle-ci pouvait avoir lieu.

On a supposé que l'inversion pouvait arriver dans l'état de virginité si la matrice avait été distendue par du sang ou par un autre liquide. — L'inversion peut se terminer de différentes manières. Elle peut devenir rapidement mortelle par une hémorrhagie, ou elle peut causer une syncope fatale, ou des convulsions; ou bien elle peut opérer plus lentement en causant une inflammation ou une distension de la vessie; ou bien, après des douleurs intenses et des efforts d'expulsion, la malade peut se rétablir des lésions immédiates, et l'utérus revenir par degrés à son volume naturel, et causer peu de gêne (1); ou bien il peut laisser écouler

---

par le docteur Brown, l'hémorrhagie fut considérable. *Annals of med.*, vol. II, p. 277. J'ai rarement vu une grande hémorrhagie accompagner une inversion complète.

(1) Chapman rapporte un cas d'inversion dans lequel la sage-femme tira avec force sur la matrice, et causa des convulsions, des évanouissements et la mort. (*Case* 29, p. 125.)

Burns.

(1) Lamotte, 383, nomme une femme qui avait eu une inversion pendant plus de trente ans. Le feu docteur Cleghorn, *Med. comment.*, II, 226, rapporte un cas où l'utérus revint lentement à son volume naturel. Cette femme eut encore ses règles, et jouit d'une santé assez bonne. Après avoir eu une inversion pendant vingt ans, la matrice était lisse, humide, et causait peu de douleurs. La menstruation continua aussi dans le cas du docteur Hamilton. (*Com.*, XVI, p. 315.)

une matière fétide et donner naissance à des hémorrhagies fréquentes et débilitantes, accompagnées dans les intervalles d'un écoulement abondant de mucosités; ou bien la fièvre hectique se montre et la malade périt misérablement. On a dit aussi qu'après un laps de plusieurs années l'inversion pouvait être guérie spontanément, ce que Dailliez explique en supposant que les trompes attirent à elles la partie renversée. Il y a deux exemples de cette terminaison qui sont rapportés. Et l'un d'eux (madame Bourchalatte) est appuyé de l'autorité du célèbre Baudelocque (1). Dans ce cas le replacement eut lieu après un laps de huit années. En examinant les localités il ne paraît pas physiquement impossible de réduire la portion renversée, mais que cette opération puisse se faire sans danger c'est une autre question. La réduction spontanée doit être du moins excessivement rare. La contraction de l'orifice utérin serait d'elle-même un obstacle au replacement du corps et du fond.

Si l'on découvre l'inversion de bonne heure, l'utérus peut être replacé ; s'il a fait saillie hors du vagin, il doit être d'abord refoulé au dedans. S'il n'a pas fait saillie, l'on cherche de suite à le replacer au dedans de l'orifice utérin en prenant la tumeur avec précaution dans la main, et en la refoulant en haut au dedans de l'orifice de la matrice. L'on peut rendre cette opération plus facile en refoulant la partie la plus proéminente du fond dans la direction de l'axe de l'utérus, de manière à détruire par degrés l'inversion, ou à retourner la matrice qui a fait saillie. Quelques-uns ont employé dans ce but un morceau de bois avec une tête arrondie, mais les doigts sont plus sûrs. Si l'on refoule directement sans comprimer la tumeur, l'on cause souvent de violentes douleurs d'expulsion : elles sont quelquefois accompagnées d'une augmentation ou d'un retour d'hémorrhagie ; et, dans tous les cas, en pressant sur l'utérus, de petits vaisseaux lancent du sang comme les artères dans une opération. Si l'on réussit, il faut porter la main au dedans de l'utérus et l'y maintenir pendant quelque temps pour provoquer ses contractions. Si le placenta est encore adhérent, il ne faut pas l'ôter avant d'avoir réduit l'utérus, après quoi l'on excitera les contractions de la matrice, afin qu'elle expulse le placenta (1).

Il se passe quelquefois beaucoup de temps avant que l'on puisse sentir le pouls (2). Quelquefois, après la réduction, lorsque la malade paraît assez bien, elle est prise d'un évanouissement et elle meurt (3), ou bien elle peut rester longtemps faible et ses pieds sont enflés (4). — Si l'inversion n'a pas été découverte de bonne heure, il est très-difficile et quelquefois impossible de la réduire à cause principalement de la contraction de l'orifice utérin. Le docteur Denman dit avoir trouvé la réduction impossible, même quatre heures après son apparition, et dans une inversion chronique il ne réussit jamais une seule fois (5). Dans ces cas-là, il n'est pas prudent de faire des efforts très-violents pour réduire la matrice, vu qu'ils peuvent causer une inflammation, des convulsions, etc. Bientôt après que l'inversion a eu lieu, l'utérus est sujet à se tuméfier et à s'enflammer. Si cet état était arrivé, il ne faudrait pas chercher à réduire, avant de l'avoir calmé par la saignée, le repos et les fomentations. Il faut dans tous les cas combattre par les moyens convenables les symptômes urgents, tels que la syncope, la rétention d'urine ou l'inflammation. Je puis en outre faire observer que lorsqu'une femme, après la délivrance, se plaint d'une douleur opiniâtre, ou d'efforts comme pour aller à la selle, ou de suppression d'urine, ou bien si elle

(1) Gardien, Traité, tom. III, p. 335.

(1) Dans un cas rapporté dans les *Mémoires de la soc. de méd.*, vol. v, p. 202, on laissa le placenta pendant cinq jours après la réduction, mais c'est une pratique hasardeuse. — Perfect (*Case* 71) en fit l'extraction après quatre heures. — Le docteur Merriman, dans un cas, suivit l'avis de Puzos, qui consiste à ôter le placenta avant d'opérer la réduction; mais, quoiqu'il le fit sans causer de lésion, il avoue cependant qu'il ne suivrait pas à l'avenir la même marche.

(2) Case, docteur Duffield *in Trans. of coll. at phil.*, 176.

(3) Case by docteur Albers, *Annals of med.*, vol. v, 590.

(4) M. White's *Case med. comment.*, v. xx, 247.

(5) M. Badfort cite un cas où l'inversion fut réduite au bout d'un quart d'heure, quoique plusieurs jours se fussent écoulés depuis son apparition. *Dub. journ.*, n. xxxiv.

est très-faible, il faut toujours explorer le vagin. S'il y a une inversion de l'utérus, l'on peut sentir la tumeur et trouver que le corps dur que forme la matrice n'existe plus dans le ventre ou est situé plus bas qu'il ne devait l'être. J'ai vu un praticien diagnostiquer d'abord la maladie en ne trouvant pas la matrice dans le ventre lorsque le corps était ouvert après la mort. Le toucher est de la plus haute importance.

Quand on ne peut replacer l'utérus, il faut du moins le faire rentrer dans le vagin. On calmera les symptômes, on appliquera de douces lotions astringentes et l'on tiendra la malade à son aise et dans le repos; l'on surveillera l'état de la vessie, on soutiendra les forces, on calmera l'irritation par des anodins, et les efforts pénibles d'expulsion par un pessaire. On verra dans le trois cent quatre-vingt-cinquième cas de La Motte les mauvais effets qui résultent de négliger ou d'ôter ce pessaire. Un bandage à ressort est aussi utile. S'il survient de l'inflammation, comme cela arrive ordinairement, l'on prescrira la saignée, les laxatifs, etc. Par ces moyens, l'utérus pourra, en se contractant, revenir à son premier volume, et la femme être menstruée comme d'ordinaire, mais généralement la santé est altérée (1). Quelquefois l'utérus devient squirrheux ou bien il survient une gangrène (2). — Si l'utérus laisse écouler une matière fétide, et s'il survient une hémorrhagie, les forces peuvent s'abattre et la malade mourir d'une fièvre hectique. Les applications astringentes, jointes aux soins de propreté, à un bon régime et à un emploi modéré d'opiacés, peuvent apporter du soulagement. Si ces moyens échouent, nous sommes autorisés à préférer la chance de l'extirpation de l'utérus à une mort certaine. Cette opération a réussi plusieurs fois (1), et on la pratique en ap-

(1) M. Badford rencontra un cas où, à une certaine période, il trouva l'utérus réduit au volume d'une poire, et l'orifice utérin aplati autour du col. Il y avait un écoulement purulent qui dura long-temps, mais au toucher suivant la tumeur avait disparu, et la partie supérieure du vagin formait un cul-de-sac complet.

(2) Schmucker's *Essays*, art. XVII. Un cas est cité dans le *Med. journ.*, VI, 367, où il y a apparence de gangrène provenant d'une strangulation; l'on pratiqua des incisions sur la matrice, et le gonflement ne tarda pas à disparaître; la femme se rétablit.

(1) La matrice retournée a été arrachée avec le crochet, étant prise pour la tête de l'enfant. *Journ. de med.*, tom. XLI, p. 40. Un cas d'une extirpation heureuse est inséré dans le même ouvrage pour le mois d'août 1786. — Wrisberg rapporte un cas où la matrice fut coupée par la sage-femme qui l'avait retournée. — Un cas heureux est cité par le docteur Clarke *in Edin. med. and surg. journ.*, vol. II, p. 419. — Un autre cas est mentionné dans le Recueil des actes de la société de Lyon. — Un autre par M. Baxter, *Med. phys. journ.*, vol. XXX, et par M. Chevallier, qui est rapporté dans la Synopsis du docteur Merriman, p. 286.— Petit, de Dijon, dit qu'un chirurgien appliqua par méprise la ligature, et guérit la femme. Le fils du chirurgien nie que la guérison fut opérée par méprise.— Osiander rapporte un cas où la sage-femme amena l'utérus et le placenta, et les excisa tous les deux. La malade se rétablit et fut ensuite montrée aux élèves à chaque cours. — Feu M. Hunter de Dumbarton rapporte un cas heureux dans les *Annals of med.*, vol. IV, 366. J'examinai particulièrement cette femme plusieurs années après l'opération; elle avait été accouchée sans aucune violence, après avoir été vingt-quatre heures en travail. Au bout d'une heure, le placenta sortit. Elle éprouva une perte considérable et une grande faiblesse; elle ne pouvait uriner, et les urines, pendant deux jours, furent évacuées au moyen de la sonde, et le cathétérisme fut souvent répété. Quinze jours après la délivrance, il y eut une inversion de la matrice, qui faisait saillie par le vagin avec beaucoup de douleur. Elle fut replacée, mais elle redescendit. Un écoulement fétide s'établit, et la femme fut réduite à un état de grande faiblesse. On appliqua une ligature qui, selon elle, la fit beaucoup souffrir, et on excisa la tumeur. Son récit diffère sous quelques rapports de celui de M. Hunter, parce que probablement elle rapportait de mémoire ce qui était arrivé quelques années auparavant, et elle ne fait pas mention de l'extraction préalable de plusieurs caillots de l'utérus, ce que M. Hunter rapporte, car probablement elle n'a pas dû en avoir connaissance. Environ deux ans après, elle eut pendant long-temps un écoulement de matière blanche épaisse. Aujourd'hui (1809), le vagin, au sommet duquel l'on sent une ouverture transversale, a sa longueur ordinaire; la lèvre postérieure ou le bord de cette lèvre est plus

pliquant une ligature très-haut et en excisant la tumeur au-dessous d'elle, ou en la laissant tomber comme un polype. Mais il faut aussi se rappeler que dans quelques cas où l'utérus retourné a été extirpé comme tel, ou a été pris pour un polype (1), la mort en est résultée. Si une vive douleur suit l'application de la ligature, si elle ne cède pas aux opiacés (1), il faut ôter la ligature et prendre, s'il est nécessaire, des mesures pour calmer l'inflammation (2). Il faut se rappeler, en outre, que dans ce qu'on appelle une inversion totale de l'utérus, une partie de la vessie peut être entraînée en même temps, à moins que son attache au col utérin ne cède. Par conséquent, si la ligature doit être appliquée très-haut, et bientôt après la production de l'inversion, il faut s'assurer du rapport de la vessie avec la tumeur. Je ne sache pas d'exemple où une anse intestinale soit descendue dans le sac retourné.

L'inversion, quand elle est ancienne, peut être confondue avec un prolapsus ou un polype; on la distingue du prolapsus à sa forme et à l'absence de l'orifice utérin; du polype, en remontant à l'histoire de la maladie et en faisant un examen attentif. Il faut se rappeler que, dans tous les cas, l'inversion est circonscrite par l'orifice utérin (3) comme l'est

---

tendineux au toucher que celui de l'antérieure. L'ouverture admet le bout du doigt et paraît plus molle que l'orifice utérin dans l'état naturel. Il n'y a pas de col utérin. Les seins sont fermes et d'une bonne grosseur, et la femme n'a pas perdu ses désirs vénériens. Elle est sujette à la dyspepsie. D'après la préparation qui est entre les mains du docteur Jeffroy, il ne peut y avoir de doute qu'une partie de l'utérus n'ait été extirpée. — M. Newnham, dans son Traité sur l'inversion, p. 31, rapporte le cas de madame Glasscock, sur l'utérus de laquelle on appliqua, pour une inversion, une ligature; mais à cause des douleurs qu'elle occasionnait, elle fut ôtée quelques heures après. Comme la femme dépérissait, la ligature fut appliquée de nouveau le 13 avril. Elle causa beaucoup de douleur qui venait par intervalle comme celle de l'enfantement. Elle fut calmée par des opiacés, et on serra par degrés la ligature. La femme était très-irritable et éprouvait des douleurs spasmodiques; mais le 6 de mai, la tumeur tomba et la femme alla bien. Comme on pouvait introduire le doigt au dedans de l'orifice utérin et autour de la tumeur, l'inversion était probablement incomplète. L'utérus retourné paraissait presque insensible au toucher, et n'avait causé aucune douleur. L'utérus a été extirpé avec succès, en partie par la ligature, en partie au moyen des ciseaux, par M. Windsore, *Med. chir. trans.*, vol. x, p. 358. — Bartholin rapporte un cas où la matrice retournée fut arrachée, et on la trouva sous le lit de la malade qui était morte. — Blasius cite un cas où l'utérus était dur et squirrheux. On fit la ligature, mais le troisième jour la malade succomba. Dans la cavité de la portion comprise dans la ligature, on trouva les ovaires et les ligaments. — La malade de Goulard mourut le dix-huitième jour. *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1782.

(1) Dans un cas rapporté dans le Recueil des actes de la société de Lyon, l'utérus fut pris pour un polype, et on appliqua la ligature. Dès qu'on reconnut la méprise, on ôta de suite la ligature, mais la femme mourut au bout de quelques jours.

(1) Le docteur Gooch appliqua la ligature sur un utérus qui avait été retourné depuis près de trois ans. La malade éprouva beaucoup de douleur qui fut calmée par les opiacés. La ligature tomba le quatorzième jour, et la malade alla bien. *On account, etc.*, p. 263.

(2) Le docteur Symonds appliqua la ligature et combattit la douleur par l'opium. L'utérus tomba le quinzième jour, mais la malade mourut d'inflammation six jours après. On trouva du pus dans l'abdomen. *Med. Gazette*, vol. XII, p. 342.

(3) Dans le *Museum hunterien*, il y a une préparation d'utérus retourné que l'on aurait pu chez le vivant prendre pour un polype, si l'on s'était seulement contenté de constater le rapport des parties. Le vagin et l'utérus sont à la fois ouverts; l'utérus est retourné à partir du col, mais la partie inférieure de celui-ci et les lèvres de l'orifice utérin sont dans leur position naturelle. Avant donc qu'on ne l'ait divisée, la portion retournée a dû avoir été entourée ou embrassée par l'orifice utérin, comme l'aurait été un polype. L'utérus, quoique altéré dans sa forme, n'est pas plus volumineux que de coutume, et la portion retournée peut avoir un pouce et demi de long. On voit les trompes et les ligaments entraînés dans la cavité retournée, que l'on a ouverte pour montrer leur terminaison comme d'ordinaire, au fond de la matrice. Aucune partie de la vessie n'est renversée ni entraînée dans la poche. On ne saurait

le polype; mais les lèvres sont collées à la tumeur ou en font partie, et rien ne peut passer au-delà d'elles. Dans le polype, l'on peut généralement porter une sonde au dedans de l'utérus. En même temps, il faut observer que le polype peut adhérer au col (1). Un polype est plus mobile que la portion renversée de l'utérus, et surtout peut être plus facilement roulé. Il est tout-à-fait insensible: écorchez-le ou irritez-le, il n'accusera aucune douleur. L'utérus est aussi insensible lorsqu'il y a long-temps qu'il a fait saillie. Le docteur Montgomery m'a montré une préparation d'utérus retourné qui, pendant la vie, avait été insensible à la piqûre d'une aiguille. — La rétroflexion ou la courbure en arrière du fond et du corps de l'utérus, peut survenir après la délivrance, surtout si la vessie a été très-distendue et continue de l'être encore. Je pense que le déplacement doit arriver plus tôt, si le placenta est encore gardé, que s'il a été expulsé. L'orifice utérin sera poussé en avant et un peu élevé, tandis que l'on sentira la tumeur derrière le vagin. L'hémorrhagie utérine peut en être une conséquence; sinon, l'attention peut être d'abord portée vers l'accident par la rétention d'urine et par les douleurs expulsives. Il faut introduire la main dans l'utérus et rectifier la position (2).

---

dire s'il y a eu quelque partie de comprise dans l'inversion; mais, à cette époque, l'on ne peut s'attendre à ce que la vessie descende un peu, parce que l'inversion n'a pas lieu dans le vagin, les lèvres de l'orifice de l'utérus étant dirigées en haut, excepté au col utérin, où les lèvres sont dirigées en bas, et aussi parce que la distension répétée de la vessie a dû la soulever si jamais elle a été entraînée un peu en bas. Il n'y a point d'histoire de la maladie.

(1) Dans un cas, l'orifice utérin adhérait au col du polype et simulait une inversion de la matrice. *Mem. of med. soc.*, vol. v, p. 14.

(2) Velpeau dit avoir rencontré quinze cas dont un devint mortel à la suite d'une constipation. Mme Boivin cite un cas qui suivit une grande distension de la vessie pendant le travail. La tumeur était si grosse, qu'elle faisait soupçonner l'existence d'un autre enfant dans l'utérus. On employa le cathéter et on retira une grande quantité d'urine. On introduisit ensuite la main dans la matrice, et on redressa le fond. Des contractions survinrent, et le placenta, ainsi que la main, furent expulsés à la fois.

CHAPITRE IV.

DES DOULEURS PUERPÉRALES.

Peu de femmes passent les premiers jours qui suivent l'accouchement sans ressentir des douleurs dans le ventre, que l'on a appelées douleurs puerpérales; elles sont généralement moins intenses après un premier accouchement. Elles proviennent de contractions irrégulières de la matrice, provoquées par la présence de caillots ou par d'autres causes, et chaque douleur intense est suivie de l'expulsion d'un caillot. Elles surviennent ordinairement bientôt après la délivrance et durent pendant un jour ou deux; elles sont souvent augmentées lorsque la femme présente, pour la première fois, le sein à l'enfant; elles se distinguent de l'inflammation du péritoine ou de l'utérus par leur rémittence et leur disparition: le ventre n'est pas douloureux au toucher. Les lochies ne sont pas obstruées, la malade n'éprouve ni frissons, ni vomissements; la sécrétion du lait se fait bien, et le pouls est rarement fréquent. Lorsque le pouls est accéléré, il faut être toujours sur ses gardes; car, si cela arrive avant l'apparition de la fièvre de lait, la malade n'est pas hors de danger; et, si quelque autre symptôme fâcheux se montre, il faut être prompt dans le traitement. Les douleurs puerpérales peuvent être causées par des flatuosités ou par la constipation, que l'on reconnaît aux symptômes ordinaires. Mais une combinaison de cet état des intestins avec les douleurs puerpérales est souvent accompagnée de fréquence dans le pouls et peut faire craindre qu'une inflammation ne survienne, mais les autres symptômes manquent. Les douleurs puerpérales sont calmées par les opiacés, les frictions et les fomentations, et ce sont là les remèdes ordinaires; mais, si elles se prolongeaient ou si elles étaient très-intenses, l'action spasmodique qui les cause serait plus facilement et plus efficacement enlevée par un purgatif que par l'opium. Si le pouls est fréquent, cela est indispensable. Une douleur intense et opiniâtre dans la région hypogastrique est quelquefois produite par une affection du cœur et devient mortelle; cependant, on trouve l'utérus à l'état sain.

A ce sujet, il est convenable de faire remarquer qu'un jeune accoucheur peut prendre les affections spasmodiques ou des coliques pour une inflammation puerpérale, car, dans ces cas-là, il y a souvent des vomissements et une sensibilité dans les muscles qui rend la pression douloureuse au toucher, mais il y a moins de chaleur à la peau. La langue est humide; le pouls, quoiqu'il puisse être fréquent, est mou; les pieds sont souvent froids; la douleur a de grandes rémittences. Si elle ne disparaît pas complètement, il y a peu de gonflement de ventre, et la malade est tourmentée par des flatuosités. Cet état demande des laxatifs, des antispasmodiques, des lavements anodins, et des frictions faites avec de l'alcool camphré. L'application d'un cataplasme de farine de graine de lin est très-utile. Si ce moyen échoue, on pourra appliquer un linge imbibé d'huile de térébenthine sur la partie douloureuse. Il est prudent de faire de bonne heure une petite saignée; le sang que l'on tire pendant cette maladie, après qu'elle a duré quelques heures, même lorsque la femme n'est pas en couches, est épais, et il est toujours dans l'état puerpéral aussi bien que pendant la grossesse, quoique la femme se porte bien.

Il est nécessaire d'examiner avec soin la durée et la situation des douleurs après la délivrance et les symptômes qui l'accompagnent; car elle peut naître d'une inflammation des viscères. Dans quelques cas, elle se fait sentir près de l'aîne et peut être l'avant-coureur d'un gonflement de la jambe, ou bien elle a son siége près de la hanche, et elle se termine en une espèce de rhumatisme qui empêche de marcher, ou, à la suite de l'application du froid, la douleur peut se faire sentir dans les muscles droits ou obliques, et, si elle n'est pas enlevée par des fomentations ou des sangsues, elle peut se terminer en un abcès, qui souvent est long à percer et qui cause une fièvre hectique : on doit l'ouvrir avec la lancette. — Le rhumatisme affectant les muscles de l'abdomen et du bassin est accompagné d'une fièvre moindre que l'inflammation puerpérale, et les autres symptômes manquent. La douleur est mobile, lancinante ou rongeante, quoiqu'elle soit aussi aiguë qu'une piqûre. Elle est calmée par des frictions faites avec le laudanum, par un sinapisme, par de doux diaphorétiques, par le quinquina et par le traitement ordinaire. En parlant de la douleur rhumatismale, il est bon de faire remarquer que le rhumatisme chronique, surtout celui des extrémités, est très-pénible quand il se présente après la parturition. Il demande les remèdes ordinaires. On a beaucoup préconisé l'huile de foie de morue, à la dose d'une demi-once, trois fois par jour. J'ai déjà parlé de ces douleurs de reins qui peuvent succéder à l'application du crochet.

CHAPITRE V.

DE L'HYSTÉRALGIE.

Par hystéralgie, l'on entend la douleur utérine qui provient d'un spasme et non d'une inflammation de l'utérus; elle peut se montrer bientôt après la délivrance, et elle est marquée par une douleur intense dans le dos et le bas-ventre, par un pouls fréquent et faible, par le mal de cœur et les évanouissements; elle est quelquefois accompagnée d'un écoulement, ou suivie de l'expulsion d'un caillot. Dans d'autres cas, quoiqu'elle soit accompagnée de violents efforts d'expulsion, il n'y a point de caillots d'expulsés ni rétention d'urine, ni inversion de la matrice; c'est une simple douleur, une simple irritation, résultant peut-être de quelque mauvaise position de la matrice. Feu le docteur Baird, de cette ville, supposait qu'elle pouvait être apaisée en déplaçant par la pression l'utérus, qui occupe généralement un des côtés du ventre. L'hystéralgie demande de suite un lavement purgatif et puis un opiacé; ou si elle se montre bientôt après la délivrance, l'on peut changer le traitement et donner à l'instant un lavement anodin suivi d'un purgatif, si l'estomac peut le supporter. Une autre modification de l'hystéralgie survient plus tard, mais toujours dans les trois ou quatre jours qui suivent la délivrance, et son apparition est en général très-brusque. La malade s'est levée, peut-être pour que l'on fasse son lit; elle a mal au cœur ou elle vomit, et elle est prise d'une violente douleur dans la partie inférieure du ventre, ou entre l'ombilic et le pubis; il n'y a pas de frisson, du moins ce n'est pas un symptôme commun; le pouls devient très-accéléré, battant quelquefois plus de cent vingt fois à la minute; la peau est chaude, les lochies ordinairement arrêtées, et la région utérine est

un peu douloureuse à la pression. Après quelques heures, l'intensité diminue, et ensuite, à l'aide des moyens convenables, la santé se rétablit.

Comme les lochies s'arrêtent ordinairement, cette suppression a été regardée comme la cause de la douleur et des autres symptômes; mais c'est simplement un effet, et elle n'existe pas toujours. La cause paraît consister dans un trouble d'action dans l'utérus qui occasionne le spasme des fibres utérines, et quelquefois des intestins. L'hystéralgie est plus sujette à paraître après un travail laborieux et long qu'après un accouchement facile, mais elle peut se montrer dans tous les cas, surtout si la malade s'expose au froid. Les symptômes varieront un peu d'intensité et de forme, selon que la matrice est seule affectée, ou selon que le spasme des intestins se combine avec la douleur utérine. Elle se distingue de l'inflammation par la rapidité de l'attaque, l'absence de frisson en général, par la douleur qui devient promptement plus intense qu'elle ne l'est à la même période de l'inflammation, et fréquemment elle diminue ou cesse presque entièrement pendant un court espace de temps. Cet état, surtout si on le néglige, peut causer promptement une inflammation, qui est marquée par une douleur constante plus ou moins intense, suivant la partie affectée, et par une fièvre opiniâtre.

La première chose à faire, c'est d'administrer un lavement purgatif, pour dégager les intestins; ensuite on fera des fomentations et on appliquera un cataplasme chaud. Si l'on n'obtient pas un prompt soulagement, il faut tirer du sang et faire une injection anodine; ensuite on donnera à haute dose le julep salin, avec addition d'un peu de vin antimonié, pour provoquer une forte transpiration. Les purgatifs sont utiles, et un linge imbibé d'huile de térébenthine devra être appliqué sur la partie douloureuse du ventre. Si le cataplasme n'apporte aucun soulagement, une combinaison des méthodes calmante et évacuante répond souvent mieux à nos désirs, que l'une d'elles séparément.

CHAPITRE VI.

DE LA RÉTENTION D'UNE PARTIE DU PLACENTA.

Si la totalité ou une partie considérable du placenta est laissée dans l'utérus pendant quelque temps, la malade est exposée à un grand danger. L'hémorrhagie n'est pas la seule crainte; car, dans une foule de cas, un mal de tête intense, des affections hystériques, des maux de cœur, des nausées, une prostration et de la fièvre, se sont montrés et ont persisté jusqu'à ce que le placenta fût expulsé, après quoi la malade a commencé à se rétablir. D'un autre côté, il est arrivé, quoique plus rarement, que le placenta, après avoir été gardé pendant long-temps, a été expulsé avant que ces symptômes ne deviennent urgents, mais ils ont ensuite augmenté par degrés, et ont enlevé la malade (1). Quelquefois les symptômes deviennent si graves, ou les portions du placenta sont gardées avec tant d'opiniâtreté, que la femme succombe à la maladie, comme dans les cas ordinaires de la fièvre hectique, avec un pouls fréquent et petit, une chaleur brûlante des mains et des pieds, des transpirations abondantes et une maigreur universelle, et elle meurt avec les symptômes semblables à ceux de la fièvre putride, ou elle est emportée subitement par une convulsion ou par une attaque d'hémorrhagie.

Ces symptômes ont une durée très-indéfinie, car la malade peut mourir en très-peu de jours; dans d'autres cas ils se prolongent pendant deux ou trois semaines (2). Quelquefois il n'y a aucune hémorrhagie pendant toute la durée de la maladie; mais souvent des hémorrhagies répétées surviennent, ce qui augmente beaucoup la faiblesse de la malade; dans plusieurs cas il y a une inflammation qui s'étend aux intestins; dans quelques-uns, le placenta a été en-

(1) Dans un cas rapporté par M. Whyte, l'arrière-faix sortit, après une injection, dans un état de putréfaction, le cinquième jour. Le sixième, la malade éprouva beaucoup d'oppression et avait une haleine fétide, etc. Le douzième, une éruption apparut, et elle mourut le vingt-deuxième jour.

(2) Le docteur Perfect rapporte un cas dans lequel l'arrière-faix fut gardé jusqu'au huitième jour, époque où mourut la malade. Son estomac rejetait toute espèce de nourriture et de médicament; elle avait un pouls faible et accéléré, un hoquet et des soubresauts dans les tendons; vol. II, p. 390. — Dans un autre cas, le placenta fut gardé jusqu'au trentième jour, et la femme mourut le vingtième; p. 38.

suite expulsé; dans d'autres on en a fait l'extraction : mais peu de femmes, dans l'un ou l'autre cas, en sont revenues. On a examiné la matrice et on l'a trouvée noire, comme si elle avait été gangrénée, ou bien dans un état de violente inflammation ou de suppuration, tandis que les parties voisines étaient à différents degrés d'inflammation. On a supposé que la principale source de danger provenait de l'inflammation des veines.

Or, lorsque ces symptômes ont eu lieu, notre but devrait être de détruire la cause et de soutenir la femme contre les effets de la maladie. Je sais que quelques auteurs ont attribué ces symptômes, non au placenta, mais à des circonstances concomittantes, telles qu'une lésion faite avec la main, en cherchant à l'extraire; mais l'on trouve que les symptômes surviennent lorsqu'on a laissé dans l'utérus tout le placenta, sans qu'il y ait eu aucune tentative de faite pour l'extraire. Ils se présentent lorsqu'on laisse quelque substance se corrompre dans l'utérus (1). Ils durent tant que le corps reste, et ils cessent ordinairement lorsqu'il est expulsé. En même temps, on ne peut nier qu'une extraction forcée du placenta rend, par la lésion qui a été causée, l'effet de la rétention d'une partie des membranes ou d'une portion du placenta beaucoup plus grand, et produit souvent un certain degré d'inflammation locale, marquée par plus ou moins de douleur, ou par de la sensibilité à la pression.

Il peut être bon d'examiner avec le doigt, que l'on introduit à travers l'orifice utérin, si l'on peut sentir ou ôter quelque portion du placenta; mais généralement cet examen ne peut se faire aisément, car la matrice elle même, ainsi que son orifice, est dure et contractée, et il ne faut faire aucune tentative violente, soit avec la main, soit avec le doigt. Mais lorsqu'on peut sentir facilement et faire remuer une portion du placenta, il faut chercher lentement et avec douceur à l'extraire, et si tout le placenta est resté, ce qui est rare à la vérité, ces essais deviennent encore plus nécessaires, et il y a plus de chances de réussir. L'orifice utérin présente une résistance considérable à l'introduction de la main, dans les cas où la rétention a duré quelques jours; mais on peut le dilater par des efforts faits avec lenteur et douceur, tels que la malade puisse à peine les sentir. Quelquefois l'orifice utérin cède très-facilement ou n'est point du tout contracté. Si toutefois il était rigide et résistant, état qui se joint rarement à une rétention de tout le placenta, il ne faudrait point user de violence. Lorsqu'une portion du placenta est gardée et ne peut être extraite avec facilité, l'on peut tirer quelque avantage de l'injection répétée d'eau chaude, ou d'une infusion chaude de fleurs de camomille, ou d'une faible solution de chlorure de chaux. On a proposé une forte décoction de racine de chêne pour tanner la substance gardée. On peut pratiquer ces injections en adaptant une sonde de femme à une bouteille de gomme élastique; ou bien l'on peut employer une seringue avec une longue canule.— Quelquefois des vomissements naturels ou artificiels facilitent l'expulsion.

On permettra à la malade d'user librement des fruits et des acides végétaux; on donnera des aliments légers et doux, pris chaque fois en petite quantité. On devra tenir libre le cours du ventre, et l'on donnera de temps en temps des opiacés pour calmer l'irritation. Les vomissements et les nausées pourront être arrêtés ou calmés, lorsqu'il sera nécessaire, par des boissons gazeuses. On a donné la quinine, mais je n'ai pas grande confiance en ce médicament. Lorsqu'il y a plénitude du côté de l'abdomen, avec tendance à l'inflammation, les purgatifs seront utiles. Si le système nerveux est très-troublé, on pourra donner une mixture camphrée à la dose ordinaire.

CHAPITRE VII.

DE LA STRANGURIE.

Après un travail laborieux, le col de la vessie et l'urètre sont quelquefois extrêmement douloureux, et toute la vulve est sensible et d'un rouge foncé. Il en résulte une strangurie qui est quelquefois accompagnée d'une fièvre assez considérable; elle est opiniâtre, mais à la fin elle cède à de doux laxatifs souvent répétés; à des opiacés et à des fomentations. Les lavements anodins sont utiles. Une impossibilité d'uriner requiert l'emploi régulier et prompt du cathéter.

(1) Des symptômes semblables ont été produits par le séjour de la tête de l'enfant que l'on avait laissée dans l'utérus. *Perfect*, vol. II, p. 80.

CHAPITRE VIII.

DE LA PNEUMONIE.

Il est inutile d'énumérer en détail les symptômes de l'inflammation des poumons ou de la plèvre. Il suffit de dire que cette maladie n'est pas rare dans l'état puerpéral; et si pendant la grossesse il y avait dans les poumons quelque prédisposition à la phthisie, cette maladie est très-sujette à faire des progrès rapides après la délivrance. — La pleurésie requiert dès la première attaque des saignées copieuses, des laxatifs et des vésicatoires, qu'il ne faut jamais négliger. Si la première période est passée, l'emploi de la lancette est douteux, et il vaut mieux recourir à l'application de vésicatoires. Il ne faut pas non plus négliger les laxatifs.

CHAPITRE IX.

DES MALADIES SPASMODIQUES ET NERVEUSES.

Les palpitations ne sont pas rares après la délivrance; elles surviennent ordinairement tout-à-coup, et souvent après une légère frayeur. La malade éprouve de violents battements dans la poitrine, et quelquefois un sentiment de suffocation. Elle ressent aussi des battements au dedans de la tête, avec des étourdissements et un sentiment de chaleur à la face.—Le pouls est extrêmement rapide pendant l'attaque, et la malade croit fortement qu'elle va mourir. Après le paroxysme, l'esprit reste timide et le corps languissant. Quelquefois il est remplacé par une transpiration abondante, et si les attaques se renouvellent fréquemment, la chaleur de la malade est variable pendant les intervalles, et l'estomac se remplit de gaz. Cette affection est souvent très-opiniâtre; mais elle n'est pas dangereuse, à moins qu'elle ne provienne d'une maladie de l'utérus, marquée par la douleur et le gonflement du ventre. On la combat en donnant pendant le paroxysme une large dose d'éther et de laudanum, et pendant les intervalles, les anti-spasmodiques, les laxatifs et les toniques seront mis en usage. La malade devra, aussitôt qu'elle le pourra, aller à la campagne. — Les attaques hystériques, le hoquet, la syncope et la dyspnée seront traités d'après les principes généraux, par de fortes doses d'opium et par les autres anti spasmodiques, en ayant soin de débarrasser les intestins par des purgatifs. Quand une malade est sujette à la syncope, il sera bon de lui donner, au moment où l'enfant est né, une potion contenant l'esprit d'ammoniaque aromatisé et du laudanum, et de maintenir fortement l'abdomen avec un bandage.

Il y a une espèce de dyspnée qui dépend des efforts des muscles de la respiration pendant le travail, ou de la distension des muscles abdominaux. Lorsque ces muscles sont affectés, la personne éprouve souvent une difficulté de respirer, surtout pendant l'expiration. On la calme en serrant un peu la bande autour du ventre, et en donnant trente gouttes de laudanum. Lorsque le diaphragme est affecté, la gêne est ordinairement plus grande pendant l'inspiration, et il y a souvent une douleur dans le côté, ou dans le dos, ou vers le creux de l'estomac, qui peut être très-intense. Elle est accompagnée quelquefois d'une sensation de plénitude dans la poitrine, accompagnée dans d'autres cas d'un sentiment de violente suffocation, ou d'une douleur très-aiguë à travers la partie inférieure du thorax, avec une pâleur mortelle et un pouls extrêmement rapide. Une forte dose de laudanum avec de l'éther ou de la teinture ammoniacale de valériane enlève le spasme, sinon on appliquera un sinapisme. Ces affections surviennent peu d'heures après la délivrance. Le spasme du diaphragme doit être distingué de la pleurésie, parce qu'il survient brusquement et qu'il est très-aigu, tandis que l'inflammation arrive plus lentement, et est souvent précédée de frisson. Il y a une toux plus forte et le pouls d'abord n'est pas aussi fréquent, mais il est tendu. — La dyspnée est aussi quelquefois produite parce que le bandage est trop serré.

Des coliques peuvent paraître quelques jours après la délivrance; elles surviennent brusquement et généralement le soir; elles ne sont pas précédées de frissons, mais elles sont quelquefois accompagnées de maux de cœur. Le pouls peut d'abord être lent ou d'une fréquence naturelle, mais bientôt il devient accéléré. La douleur est sujette à s'exaspérer et à se ralentir, mais quelquefois elle dure pendant plusieurs heures. Le principal danger de la maladie, c'est l'inflammation, si l'excitation n'est pas promptement

calmée; il faut à l'instant donner un lavement purgatif, et en même temps une forte dose de laudanum avec quelques carminatifs. Ceci n'entrave pas l'action du lavement, et concourt au soulagement que ce dernier procure. Si le laudanum est rendu, on peut donner un lavement anodin, et si la malade est constipée, on devra commencer par un purgatif. Des fomentations chaudes sont utiles. Si les symptômes ne disparaissent pas entièrement, le julep salin joint au laudanum produit de bons effets. S'il y a beaucoup de flatuosités, la teinture d'assa-fœtida et de jusquiame convient alors.

Les crampes d'estomac sont très-dangereuses lorsqu'elles se présentent dans les trois semaines qui suivent la délivrance. Il est nécessaire de donner au moins soixante ou quatre-vingts gouttes de laudanum avec un gros d'éther sulfurique, ou deux gros d'esprit d'ammoniaque aromatisé, dans une quantité d'eau convenable. On appliquera aussi un sinapisme à la région de l'estomac. — Des douleurs dans la région des reins deviennent quelquefois insupportables, pendant deux ou trois jours après la délivrance. Elles se montrent par paroxysmes que l'on calme par des sinapismes, des fomentations, des lavements, des purgatifs et des opiacés. Si le pouls est affecté, il faudra tirer du sang.

Les femmes qui ont éprouvé cette terrible maladie de la moelle épinière, décrite dans le cinquième chapitre du livre suivant, courent de grands dangers après la délivrance. Souvent une demi-heure après que le placenta a été expulsé, ou après un plus long intervalle, elles ressentent une grande faiblesse et une grande prostration, avec ou sans maux de cœur, et quoique l'écoulement n'ait pas été plus abondant que de coutume, cependant elles prétendent qu'elles ont une hémorrhagie foudroyante, et que la perte de sang va les faire évanouir. Le pouls est quelquefois faible, mais souvent il est beaucoup plus fort que les douleurs de la malade porteraient à croire. La main placée sur l'abdomen constate que l'utérus n'est pas distendu par des caillots, et qu'il n'y a point d'hémorrhagie latente. Les linges ne sont pas plus mouillés que d'ordinaire. Il n'y a aucune douleur qui indique un spasme de l'utérus, et même si l'on introduit la main, on ne découvre aucune constriction spasmodique de l'utérus. Le traitement que j'ai trouvé le meilleur, c'est de donner trente gouttes de laudanum, et ensuite de petites doses de vin ou d'eau-de-vie, ou d'esprit aromatique de corne de cerf, ou de teinture ammoniacale de valériane, jusqu'à ce que le sentiment mortel de prostration ait disparu; mais il ne faut jamais porter trop loin la méthode stimulante, car l'on est exposé à avoir ensuite une trop grande excitation. D'un autre côté, si l'on ne donne rien, la malade peut mourir promptement, et ceci, je crois, est une cause de mort subite après la délivrance, qu'autrement on ne peut expliquer. La maladie primitive est souvent obscure. Si la malade ne revient pas entièrement de cet état, l'on trouve que le lendemain, ou dans les trois jours au plus, elle se plaint de mal à la tête et d'un grand bruit dans le cerveau, qu'elle compare à de la grêle tombant sur de l'ardoise; ses yeux sont rouges, la peau est chaude, le pouls fréquent, et elle est extrêmement agitée. Ces symptômes peuvent s'abattre ou se terminer en une manie puerpérale; mais s'ils sont négligés, la malade probablement continuera de se plaindre de la tête et du cou, d'un poids au-dessus des yeux, d'une grande douleur dans les bras et les jambes, puis d'un sentiment pénible de sommeil ou d'engourdissement, puis d'une paralysie complète. Le pouls devient lent, la respiration difficile, comme s'il y avait un poids sur la poitrine, et la malade, au bout de quelques jours au plus, expire, apparemment par le simple arrêt des fonctions de la respiration et de la circulation. La connaissance reste entière jusqu'au dernier moment. Dans quelques cas, la femme se plaint seulement d'étourdissement ou d'un trouble dans la tête; le pouls est rapide, puis l'abdomen se tuméfie sans douleur, et enfin il survient une stupeur mortelle.

Le seul traitement utile, c'est de saigner largement au bras dès l'instant que paraît l'état d'excitation, marqué par la chaleur de la peau, la fréquence du pouls et par des battements dans la tête. L'application de sangsues à la tête peut être aussi utile après la saignée; mais on ne peut compter sur elle seule. Il faudra purger librement les intestins, et si ces moyens n'arrêtent ni ne guérissent la maladie, on appliquera un vésicatoire à la nuque si les membres supérieurs ou la respiration sont affectés, ou à la partie postérieure de la tête si les yeux ou la cinquième paire sont le plus intéressés. — La mort subite peut aussi arriver à la suite des fortes émotions de

l'âme, mais ces cas sont comparativement rares.

CHAPITRE X.

DE LA FIÈVRE ÉPHÉMÈRE ET DE LA FIÈVRE RÉMITTENTE.

L'augmentation de sensibilité dans toute l'économie, aussi bien que dans les organes particuliers, après l'accouchement, prédisposc la femme, à cette époque, aux affections fébriles, dont quelques-unes paraissent naître de la sensibilité générale de toute l'économie, d'autres, d'une maladie locale des seins, des intestins ou de la matrice. La première de ces fièvres symptomatiques se reconnaît généralement assez facilement à la sensibilité des seins. Les autres, particulièrement celles qui sont liées à l'état de la matrice, sont souvent plus obscures, vu que les symptômes locaux, dans la plupart des cas, sont insidieux. — La fièvre éphémère, comme on l'a appelée, est ordinairement une fièvre de courte durée, et le paroxysme se termine généralement dans les vingt-quatre heures, et toujours dans les quarante-huit heures ; car si elle dure plus long-temps, c'est une fièvre d'une nature différente. Elle provient d'une grande sensibilité du système nerveux, au moyen de laquelle un léger froid, une agitation de l'esprit ou quelque cause locale produit un trouble universel de l'économie. Elle se compose de la période du froid, de celle de la chaleur et de celle de la sueur ; mais si l'on ne prend pas les précautions convenables, le paroxysme est sujet à revenir, et il s'établit, soit une fièvre distincte intermittente, ou quelquefois, par la coopération de nouvelles causes, une fièvre continue très-rebelle. — La maladie peut se présenter de deux manières, selon que les causes agissent directement sur la partie affectée, et sur les extrémités des nerfs qui s'y distribuent, ou immédiatement sur l'origine des nerfs, et de là, sur leurs extrémités, d'où une inflammation locale peut être produite de deux façons, par l'application directe des causes sur la partie, ou par l'état maladif de l'origine des nerfs. Une affection des extrémités des nerfs peut exciter ou engourdir l'origine de ces nerfs, selon les circonstances ; et ces deux conditions peuvent s'étendre plus loin, jusqu'aux portions voisines du cerveau ou jusqu'à la moelle épinière, et envelopper ainsi les origines des nerfs qui suivent différentes directions et se rendent à des organes éloignés, lesquels alors se troublent, et il se forme une longue chaîne de maux. Une affection des extrémités des nerfs utérins peut ainsi influencer ceux qui se rendent à l'estomac ou aux intestins, et réciproquement ; et une légère maladie dans un de ces organes peut produire une maladie mortelle dans les autres. L'affection de l'origine d'un nerf particulier, à la suite d'une irritation ou d'une excitation de son extrémité, peut aussi réagir sur cette extrémité et y augmenter la maladie. De plus, comme il est probable que les différentes portions des mêmes troncs de nerfs, et assurément que les nerfs particuliers ont des destinations distinctes dans un organe, comme, par exemple, de produire le sentiment, la sécrétion, la contraction musculaire, les changements de circulation, etc., l'on peut avoir différentes modifications de la maladie produites selon que les petites fibres nerveuses seront principalement affectées. Un autre effet de l'excitation des extrémités des nerfs sur leur origine n'est pas la production d'une maladie distincte dans quelque organe particulier, mais d'un trouble général de l'économie sous la forme de fièvre. En appliquant ces considérations à l'état puerpéral, j'irai jusqu'à dire que l'un des effets les plus simples, c'est la fièvre éphémère produite évidemment par l'excitation des nerfs qui tiennent sous leur influence le cœur et la production de la chaleur. Elle peut sans doute être produite par quelques causes qui agissent directement sur l'origine de ces nerfs, et qui peuvent dépendre ou non de l'état maladif de l'utérus. Mais, dans un grand nombre de cas, elle est produite par une excitation des extrémités des nerfs utérins, de la même manière qu'une fièvre passagère est causée chez les enfants par l'irritation des nerfs de l'estomac ou des intestins. Il n'y a pas lieu de s'étonner que l'utérus après l'accouchement produise cet effet, mais bien qu'il ne le produise pas toujours. Un simple accès peut être causé, ou bien, lorsque l'effet sur la moelle épinière ou sur le nerf grand sympathique a été plus grand, il s'en suit une fièvre prolongée rémittente qui peut persister, sans qu'aucun symptôme local évident ne survienne, quoiqu'elle soit sans doute sujette à se terminer en une maladie plus

marquée, dans quelque partie importante. Mais quelquefois pour des raisons que l'on ne peut toujours expliquer, soit par exemple à cause d'une différence dans l'irritation primitive des extrémités nerveuses du système utérin, ou parce que des parties de nerfs différentes et entières ont été affectées à leurs origines, il survient des maladies locales, différentes et très-graves ; telles que l'inflammation de la cavité abdominale, comme la péritonite, ou celle des extrémités inférieures, comme le gonflement de la jambe, etc.

La production d'une sensation subite de froid dans une partie quelconque de l'économie cause souvent la fièvre éphémère ; et si la sensation a été long-temps prolongée, il est probable que l'effet se continuera long-temps. Cette maladie fait généralement son apparition dans la semaine qui suit la délivrance ; mais elle peut survenir en tout temps, pendant l'allaitement, ou une maladie essentiellement la même peut se rencontrer chez toutes les femmes. Elle peut être causée par une nourriture irrégulière, ou par l'irritation des nerfs abdominaux provenant, soit de l'état des intestins, ou de quelque condition morbide de l'utérus ou de ses annexes, qui n'est pas assez aiguë pour causer de la douleur, ou quelque symptôme local permanent, ou bien elle est produite par des causes agissant directement sur la base du cerveau, ou sur la moelle épinière. La cause la plus fréquente, c'est l'application du froid sur la surface cutanée, de manière à faire de l'impression. Quelques femmes pendant leur convalescence ne peuvent toucher à rien de froid, sans éprouver un tremblement. La fatigue, l'épuisement, les passions de l'âme ou l'insomnie, s'ils ne sont point des causes excitantes, déterminent une forte prédisposition.

L'accès est quelquefois précédé d'une attaque de palpitations ou d'un songe effrayant, et la malade se réveille avec le frisson et un pouls rapide. Ou le frisson, accompagné de douleur, se fait sentir dans le dos ou à la tête, après une légère frayeur, ou après une exposition imprudente au froid. Lorsque la période de froid a duré quelque temps, celle de la chaleur commence, et celle-ci se termine par une sueur abondante, qui enlève complètement la fièvre ou procure une grande diminution dans les symptômes. Dans les deux premières périodes, la tête est ordinairement douloureuse ; souvent elle l'est extrêmement, surtout au-dessus des yeux ; le pouls est extrêmement rapide, jusqu'à ce que la troisième période ait duré quelque temps : il est aussi sujet à de très-grandes irrégularités et il est variable pour le degré de la fréquence. La soif est considérable, la langue chargée, l'estomac généralement rempli de gaz et le ventre ballonné ; l'esprit est souvent abattu, et la malade a une très-grande peur de mourir. Dans quelques cas, elle a un léger délire ; dans d'autres, elle éprouve dans l'abdomen des douleurs qui changent de place. Si le paroxysme est répété, la sécrétion du lait diminue. — Le paroxysme dure quelques heures, puis il disparaît complètement pour ne plus revenir ; mais, dans d'autres cas, il revient tous les jours pendant un long espace de temps, étant toujours précédé d'un accès froid et souvent d'une douleur dans le dos ; et quelquefois l'accès commence régulièrement une ou deux heures plus tôt, dans chaque jour qui suit. C'est un meilleur signe lorsque l'accès est en retard. Dans d'autres cas, après un ou deux paroxysmes distincts, la fièvre revêt une forme plus continue, ou les exacerbations ne sont plus précédées de frissons distincts. Lorsque cette maladie ne se combine avec aucune lésion locale, elle est moins dangereuse que la plupart des fièvres qui surviennent après les couches ; mais si elle reparaît fréquemment et qu'elle soit suivie d'une grande faiblesse, le danger augmente en proportion de la durée de la maladie. — Les femmes délicates et celles qui ont beaucoup souffert dans l'accouchement sont principalement affectées de cette maladie ; mais toutes y sont plus ou moins sujettes, surtout si l'état du ventre est négligé. — Elle se distingue de la fièvre symptomatique, provenant d'une inflammation locale, par l'absence d'une douleur particulière ou par d'autres symptômes particuliers qui accompagnent ces fièvres ; tandis que, dans celle-ci, le pouls n'est pas ordinairement d'abord aussi fréquent que dans la fièvre éphémère.

Dans la période du froid, l'on donnera une boisson chaude en petite quantité, et on appliquera à l'estomac une vessie ou un vase plat, rempli d'eau chaude, ou dès le commencement du frisson, de la flanelle chaude au dos. Après avoir hâté la période de la chaleur, l'on diminuera avec précaution le nombre des couvertures, et l'on donnera un julep salin avec des sudorifiques, pour provoquer la transpiration. Quand elle est arrivée, il faut

prendre garde de la favoriser trop, car elle augmente la faiblesse, ou produit une éruption miliaire et rend la maladie plus opiniâtre ; d'un autre côté, si la transpiration est trop tôt arrêtée, la fièvre continue ou revient avec plus d'intensité. Une douce transpiration peut être maintenue pendant cinq ou six heures par des boissons tièdes ; puis, il faut les cesser, et lorsque sa période est terminée, il faut changer la malade avec précaution, en faisant chauffer les draps d'avance. Après l'accès, si la malade est épuisée, on pourra donner un peu de vin : pendant tout le paroxysme, il faut prendre garde à l'application subite du froid qui, dans les deux dernières périodes, renouvelle le frisson. S'il y a quelque douleur locale ou si le pouls est fréquent et plein, et qu'il n'y ait pas de contre-indication, on devra tirer un peu de sang. Dans le premier cas, la saignée est nécessaire ; dans le second, si la malade est forte, elle est toujours sûre et souvent utile pour empêcher le retour de l'accès, surtout si l'on débarrasse immédiatement les intestins. Dans tous les cas, il est nécessaire de donner un purgatif aussitôt que l'estomac pourra le supporter ; car il est essentiel que les intestins soient très-libres. Si la langue est chargée et si la femme a mal au cœur, ou si elle a des envies de vomir, l'on peut avec avantage, même pendant la période du froid, donner une infusion chaude de camomille, ou cinq grains d'ipécacuanha pour provoquer de légers vomissements. Ceux-ci, dans ces circonstances, si le frisson continue, rappellent la chaleur, si elle a disparu ; ils procurent des sueurs. Pendant l'acte du vomissement la malade ne doit point être exposée au froid, et devra prendre une position telle qu'aucun muscle ne soit gêné pendant les efforts.

Lorsque les accès reviennent sans que l'on puisse découvrir aucune cause locale, l'on peut quelquefois les arrêter en donnant un opiacé avec de l'éther, immédiatement avant l'accès, et en appliquant des corps chauds au dos ou à l'estomac, au moment où le frisson se fait sentir, ou bien en frottant chaque jour tout le dos, avec une embrocation stimulante, telle que du camphre dissous dans de l'huile de romarin. Il est très-important de tenir le ventre libre, au moyen d'un laxatif qui convient le mieux à la malade ; car les paroxysmes sont souvent répétés, ou la fièvre continue est produite par l'irritation seule des intestins. Pendant quelque temps, on peut n'observer aucune marque particulière ; mais bientôt l'on obtient des selles dures et fétides, et à partir de ce jour la guérison commence. Les médicaments toniques, tels que l'infusion de quinquina, l'acide sulfurique, ou le sulfate de quinine sont utiles dans la suite ; et quelquefois on peut leur associer la valériane avec avantage. On procurera du sommeil au moyen des opiacés, à moins qu'ils ne causent une confusion dans les idées. Pendant tout le temps, les forces devront être supportées par un régime convenable, avec un peu de vin ; et, aussitôt que possible, la malade devra aller à la campagne. Si les accès reviennent souvent, il est ordinairement nécessaire que la malade cesse de nourrir. Dans les cas très-opiniâtres, la maladie a été calmée en épongeant la peau avec de l'eau froide et du vinaigre, lorsque la période du froid est entièrement passée, et cela sans s'inquiéter de la présence ou de l'absence des sueurs. Le frisson momentané qui survient alors cède à un peu de vin chaud et d'eau. Ce traitement est surtout utile lorsque la maladie revêt la forme hectique.

Cette fièvre, soit qu'elle se compose d'un paroxysme ou de plusieurs, ou qu'elle devienne continue, dépend toujours d'une cause locale, quelquefois de la simple production de la sensation du froid dans une partie quelconque, ou d'un trouble des intestins, etc. ; mais, dans beaucoup d'autres cas, une maladie locale plus douloureuse, sinon plus grave, peut en être la cause. D'abord, elle peut être tellement obscure qu'elle échappe à nos recherches ; mais si la fièvre se prolonge, elle devient plus évidente. Très-souvent les seins deviennent enflammés, et les nourrices disent que la fièvre a gagné les seins ; tandis que l'affection des seins, quoiqu'obscure pendant un certain temps, était la cause primitive de la fièvre. Il faut aussi examiner avec soin la région utérine ; car souvent cette fièvre provient d'une légère inflammation de l'ovaire, ou du ligament rond, ou de l'utérus lui-même, ou de ses veines, ou des parties molles du bassin, ou de la rétention d'une portion du placenta. Dans les cas prolongés, les nerfs coxaux deviennent quelquefois très-douloureux, ou même il peut survenir une paralysie des extrémités. Les cas très-prolongés seront toujours, je crois, reconnus pour être de l'espèce de la fièvre hectique, et dépen-

dront d'une maladie locale accompagnée de suppuration, surtout des veines du système utérin. D'autres cas, d'une plus courte durée, sont marqués par l'insomnie et par une tendance au délire puerpéral, ou à des affections graves du cerveau, ou bien on peut les regarder comme une fièvre intestinale que l'on reconnaît bientôt. La terminaison mortelle, dans les cas aigus, est ordinairement précédée par le coma, ou par des vomissements de matières noirâtres, qui se montrent surtout si l'origine des nerfs a été affectée.

Quelquefois la suppuration s'établit au-dedans du bassin, surtout après l'application du froid, ou lorsqu'on a cessé de faire du feu dans la chambre. Elle n'est pas toujours précédée de beaucoup de douleur, et souvent dans sa marche elle est accompagnée d'une douleur petite ou nulle, jusqu'à ce que les progrès du mal soient hors de toute atteinte. Même lorsque la matrice a été comprise au point de former des adhérences sur les côtés du pubis, comme on le voit après la mort, la malade peut ne ressentir aucune douleur quand on presse sur l'utérus par le vagin. La fièvre, dans ce cas-là, dure long-temps et partage de la fièvre hectique, tandis que la maladie est un abcès lombaire. L'abcès paraît à la fin vers l'aine ou vers l'anus, et il faut l'ouvrir. Le traitement dans ces fièvres doit varier suivant la nature de la cause locale.

CHAPITRE XI.

DE LA FIÈVRE DE LAIT.

La sécrétion du lait est ordinairement annoncée par un léger degré de fièvre, ou du moins par une fréquence du pouls; mais quelquefois elle est accompagnée d'un fort accès fébrile, précédé de frisson et se terminant par des sueurs. Cet accès, s'il est convenablement traité, dure rarement vingt-quatre heures, et pendant ce temps-là les seins sont gorgés, durs et douloureux, ce qui distingue cette fièvre des autres plus dangereuses. Quelquefois, pendant la période du chaud, il y a un léger délire. Un purgatif a guérit généralement la maladie, et souvent on le donne aux constitutions pléthoriques, le troisième jour après la délivrance, pour prévenir la fièvre. De doux diurétiques conviennent pendant la période de chaleur. On la prévient aussi en présentant de bonne heure le sein à l'enfant.

CHAPITRE XII.

DE LA FIÈVRE MILIAIRE.

La fièvre miliaire commence par le frisson, le mal de cœur, la langueur qui va quelquefois jusqu'à la syncope, par la fréquence du pouls avec chaleur à la peau; il y a aussi un sentiment de démangeaison sur la surface du corps, et quelquefois les extrémités sont engourdies. Les symptômes fébriles durent ordinairement pendant quelque temps, avant que l'éruption n'apparaisse, souvent pendant quatre ou six jours. Préalablement à l'éruption, la malade se sent très-oppressée, et éprouve un grand froid sur la poitrine; les forces vitales sont abattues, et il s'établit une transpiration considérable d'une odeur acide. Les yeux sont quelquefois ternes et humides, ou bien enflammés, et la malade éprouve des tintements d'oreille. La langue est chargée, et ses bords sont rouges comme dans la scarlatine. Des aphthes paraissent quelquefois dans la gorge, l'écoulement des lochies est diminué ou supprimé, avant que l'on ne voie l'éruption. La peau est rugueuse comme celle de l'oie. Bientôt un certain nombre de petites pustules rouges apparaissent comme des grains de millet, qu'avec le doigt l'on sent proéminer. Au bout de quelques heures, il se forme de petites vésicules sur leur sommet, contenant un liquide d'abord couleur paille, puis blanc ou jaune. Au bout de deux ou trois jours, il se forme de petites squammes qui se détachent comme des écailles; les pustules sont généralement distinctes, mais quelquefois elles forment des groupes. Elles paraissent d'abord autour du front, du cou et des seins, puis elles s'étendent au tronc et aux extrémités; mais rarement elles affectent le visage. Différentes séries de pustules peuvent sortir dans la même fièvre. Bursérius et les autres divisent les pustules en plusieurs variétés; mais la plupart des écrivains se contentent de deux espèces, d'après leur aspect général, savoir : la rouge et la blanche. La première s'accompagne de symptômes plus bénins que la seconde. — Cette ma-

ladie attaque de préférence les personnes qui sont épuisées par la fatigue, les évacuations ou par d'autres causes ; d'où l'on peut aisément expliquer pourquoi les femmes en couches y sont sujettes.

Quelques auteurs ont regardé l'éruption comme dépendant entièrement de la transpiration, d'autres la considèrent comme idiopathique dans beaucoup de cas, et tous ont peut-être à la fois raison. L'on peut seulement regarder la maladie comme idiopathique, lorsque l'éruption calme les symptômes, lorsque la fièvre disparaît à mesure que les pustules parviennent à leur maturité, et lorsqu'il n'y a point d'autre maladie puerpérale présente qui agisse comme cause excitante. Elle ne paraît pas être contagieuse, à moins qu'elle ne se lie à une fièvre qui l'est par elle-même, comme le typhus. — L'éruption miliaire se présente aussi pendant les couches comme un symptôme qui se lie à d'autres maladies puerpérales. Elle accompagne souvent la fièvre de lait ou la fièvre éphémère prolongée, lorsqu'on favorise à contre-temps la transpiration, et c'est là, sans contredit, la forme la plus fréquente que revêt la fièvre miliaire. Elle ne diminue jamais les symptômes; elle peut aussi accompagner les fièvres qui se lient à un état morbide du péritoine ou du cerveau, et qui généralement deviennent mortelles, et la mort est précédée de vomissements d'un liquide noirâtre. Les femmes très-épuisées ont aussi une éruption miliaire partielle généralement de l'espèce blanche sans fièvre, et qui ne demande aucun traitement particulier. — Que la fièvre miliaire soit idiopathique ou symptomatique, le traitement est le même. Il faut chercher d'abord à arrêter ou à détruire la fièvre par les moyens que j'ai indiqués dans un chapitre précédent. — Lorsque des sueurs abondantes arrivent, avec ou sans éruption, il faut les arrêter avec prudence en diminuant avec précaution la quantité des couvertures, ou en rendant la chambre moins chaude. Le reste du traitement consiste principalement à détourner l'irritation des intestins par l'emploi de laxatifs, et à soutenir les forces par des aliments légers et nourrissants, tandis que l'on fera usage de toniques, tels que l'acide sulfurique ou le quinquina. Ces médicaments tendent à diminuer la transpiration qu'il ne faut pas favoriser. On devra fréquemment changer les linges de la malade. Lorsque l'éruption disparaît tout-à-coup, on a conseillé de rappeler la transpiration en appliquant des vésicatoires, en donnant du musc et des cordiaux, surtout lorsque la malade est menacée de convulsions. Cette disposition, toutefois, je ne l'ai jamais rencontrée, et je crois qu'elle n'a lieu que très-rarement.

CHAPITRE XIII.

DE LA FIÈVRE INTESTINALE.

Nous aurons bientôt occasion de faire observer que l'état morbide des intestins produit fréquemment chez les enfants une espèce de fièvre très-opiniâtre qui, quoique provenant d'une cause qui existe depuis quelque temps, peut paraître brusquement. La même remarque s'applique aux femmes en couches, qui, soit à cause d'une constipation antérieure pendant la fin de leur grossesse, ou par quelque écart de régime après la délivrance, sont, dans les huit ou neuf jours qui suivent l'accouchement, généralement plus tôt, prises d'une fièvre qui passe pour éphémère, et l'on trouvera que la plupart des cas que l'on nomme fièvres éphémères prolongées, sans aucune apparence de maladie locale, sont des fièvres de ce genre. — Après un accès de frisson et de froid, la malade éprouve des maux de cœur, de l'oppression à l'estomac et du dégoût pour la nourriture; le pouls est fréquent, et la peau, excepté aux pieds, paraît dès le premier abord chaude au toucher de tout le monde, quoique la femme elle-même se plaigne d'avoir froid; ensuite, elle éprouve de la chaleur, surtout aux mains et aux pieds. Elle n'a point d'appétit, elle est altérée; elle a une langue blanche et chargée, elle a des maux de cœur, et souvent elle rend de la pituite ou de la bile, et elle est incommodée par des flatuosités. Le pouls est rapide, la femme s'assoupit plutôt qu'elle ne dort, et elle est tourmentée par des rêves et par des visions, et elle parle haut pendant son sommeil. Généralement elle se plaint de battements, souvent d'un trouble, mais rarement d'une douleur continue dans la tête, quoiqu'il puisse y avoir pendant un court espace de temps un violent mal de tête. Il n'y a point de douleur fixe, ni aucune tumeur dans le ventre; mais la malade se plaint plutôt de tiraillements ou de crampes. Les intestins peuvent être relâchés ou consti-

pés; mais dans l'un ou l'autre cas, les selles sont fétides et noirâtres, et souvent les laxatifs agissent promptement et puissamment. L'écoulement des lochies n'est point nécessairement supprimé, et dans beaucoup de cas la sécrétion du lait n'en souffre pas pendant plusieurs jours. Les yeux et le teint sont presque à l'état normal. Le ventre quelquefois dans le cours de la maladie devient gros et mou, comme si les intestins étaient remplis de gaz, et le volume du ventre persiste quelquefois pendant le reste de la vie. Ces symptômes peuvent se compliquer de plusieurs autres, provenant d'une irritation nerveuse, tels que les palpitations, les soubresauts, etc.; ou dans le cours de la maladie de nouveaux symptômes provenant d'une lésion de fonction de la matrice peuvent survenir, et sont marqués d'abord par la douleur, et ensuite par la tuméfaction de la partie inférieure du ventre, par la difficulté d'uriner ou d'aller à la selle. La durée de cette fièvre varie depuis quelques jours jusqu'à une quinzaine (1).

Dès la première apparition de cette fièvre, on devra administrer un émétique très-doux composé d'épicacuanha; ensuite, quand l'action du médicament sera passée, l'on provoquera des sueurs en donnant un julep salin avec des boissons tièdes; puis, au bout de quelques heures, on administrera une certaine dose de rhubarbe et de magnésie, pour débarrasser les intestins des matières fécales; ou, s'il est nécessaire, on donnera une quantité convenable d'huile de ricin ou de calomel. Après cela, s'il y a de fortes coliques ou une tendance à la diarrhée, on donnera un lavement opiacé, et on le répétera tous les soirs, jusqu'à ce que les intestins soient devenus moins irritables, en prenant soin, s'il survient de la constipation ou des selles fétides, de donner de temps à autre de doux laxatifs. Le grand principe, à la vérité, d'après lequel nous agissons, c'est de débarrasser les intestins de bonne heure et promptement des matières irritantes, qu'elles soient bilieuses ou non, et d'empêcher une nouvelle accumulation, et cette évacuation doit être opérée par les doses qui sont nécessaires. Le régime devra être léger, comme du bouillon, de la gelée de pieds de veau, de l'arrow-root, etc., et s'il n'y a pas de diarrhée, on pourra permettre des fruits mûrs. Le vin de gingembre et de l'eau forment une excellente boisson, et au bout de quelques jours l'on pourra donner un peu de vin de Madère, de manière à procurer une sensation de bien-être sans causer de la chaleur ni de l'insomnie. Lorsque la langue devient claire, le colombo ou d'autres amers en petite dose seront utiles. S'il y a une grande irritation nerveuse, ou des palpitations, ou une tendance au délire, le julep camphré est convenable.

(1) Depuis la publication de cet ouvrage, la fièvre que j'ai appelée intestinale a été décrite par le docteur Granville dans son rapport, p. 160. Il remarque qu'elle est prise quelquefois, quand les intestins sont très-gonflés, pour une fièvre puerpérale; mais la tuméfaction, dans la fièvre intestinale, précède la douleur des intestins, et les symptômes sont décidément diminués par les purgatifs. Plus récemment encore le docteur M. Hall paraît avoir décrit cette fièvre sous le nom d'une maladie puerpérale grave, et il énumère les différentes complications qui peuvent survenir, mais qui ne paraissent pas essentielles à la maladie : telles que le vertige, les palpitations, le sentiment d'accablement, etc., et qui divisent la maladie elle-même en deux variétés: celle qui est aiguë et celle qui arrive plus lentement; la première est précédée d'un frisson plus distinct et suivie d'affections plus graves du côté du cerveau ou des viscères abdominaux que la dernière.

CHAPITRE XIV.

REMARQUES GÉNÉRALES SUR L'INFLAMMATION ABDOMINALE DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL.

L'inflammation de l'intérieur de la cavité abdominale a été divisée en celle de la membrane séreuse ou du péritoine, et en celle qui affecte le tissu des viscères recouvert par cette membrane. On a subdivisé la première selon son siége ou selon la partie qu'elle recouvre ou qu'elle tapisse; d'où l'on a l'hystérite, la néphrite, l'entérite, etc. Or, il n'y a pas de doute que l'inflammation peut être limitée à une petite portion du péritoine, mais rarement elle atteint un haut degré sans s'étendre au-delà de son siége primitif, et par conséquent il n'est pas ordinaire de trouver l'inflammation de la surface péritonéale de l'utérus devenir mortelle, sans que la maladie ne s'étende plus ou moins aux autres parties de la membrane. Quoique l'on donne un nom

particulier à la maladie, selon l'endroit où elle paraît commencer, cependant il faut s'attendre à trouver bientôt l'inflammation plus étendue. Cependant cette distinction est importante, vu que l'inflammation est non-seulement plus sujette à s'étendre de telle partie ou de tel organe à tel autre, mais aussi parce qu'elle est plus immédiatement dangereuse, lorsqu'elle naît dans un viscère, que dans un autre. Il faut aussi se rappeler que l'inflammation, débutant dans une partie ou dans le tissu d'un organe, peut se communiquer bientôt à d'autres parties ou à la totalité; par exemple, celle de la tunique péritonéale, à la substance propre des intestins ou à quelques parties qui la constituent, et réciproquement. Il faut donc, dans la pratique, s'attendre à un plus grand nombre de complications qu'il n'en est mentionné dans un traité de nosologie. Lorsque l'inflammation commence dans le tissu profond d'une partie, il est plus probable qu'elle sera plus long-temps confinée, ou limitée, que lorsqu'elle débute dans la tunique séreuse; mais lorsque cette dernière vient à prendre part à l'inflammation, celle-ci se répand plus vite. Elle est aussi sujette à s'étendre plus rapidement lorsqu'elle affecte les veines et les lymphatiques, que lorsqu'elle est plus limitée au tissu propre.

La douleur n'est point un indice du degré de l'inflammation, car les parties à des degrés semblables peuvent différer beaucoup quant à leur sensibilité, et sans doute, si les nerfs sont particulièrement enveloppés dans la maladie, la sensation devra être plus grande. De plus, il paraîtrait que les nerfs, sous le péritoine qui recouvre les intestins ou qui longe l'abdomen, peuvent devenir très-sensibles à la suite de l'inflammation d'une partie, quoique celle-là soit très-limitée. La malade peut mourir avant qu'il se soit produit une inflammation assez étendue pour laisser toutes les traces après la mort. En d'autres termes, il peut exister un état qui, quoiqu'il aurait pu peut-être, en dernier lieu, se terminer par l'inflammation, ou même par la gangrène, si le temps ne lui eût pas manqué, ne doit pas cependant, à strictement parler, être regardé comme une inflammation. La simple absence de la rougeur ou de l'injection des capillaires après la mort n'est pas une preuve que l'inflammation n'eût pas existé pendant la vie; mais si en même temps il n'y a aucune opacité dans la membrane, aucun degré d'infiltration, aucun changement d'organisation, aucun ramollissement, je ne croirais pas exact de dire que cette partie a été enflammée, quoique les intestins fussent distendus. Dans la plupart de ces cas, l'on trouve cependant que dans les différentes parties il y a quelque changement de tissu ou d'aspect, quoiqu'il n'y ait pas une augmentation dans la rougeur, indiquant qu'il a existé une augmentation anormale d'action, quel que soit le nom qu'on lui donne. L'on trouve aussi que quelque place particulière plus ou moins étendue offre les marques ordinaires de l'inflammation. Que cet état participe de la nature de l'inflammation, cela est confirmé par le fait, savoir, que l'on trouve ordinairement dans le ventre une effusion séreuse plus ou moins abondante, avec des flocons de lymphe, et cette effusion est souvent trop grande pour venir de la petite plaie évidemment enflammée, et qui est située de manière à ne pouvoir la produire. Cette sécrétion épuise aussi vite ou même plus qu'une véritable inflammation.

Il y a aussi un symptôme général qui accompagne l'inflammation des viscères abdominaux, c'est le gonflement des intestins, ou l'état tympanique. Ceci peut dépendre d'une inflammation réelle des membranes des intestins, mais il peut aussi provenir d'une simple perte de tonicité ou de contractilité dans la fibre musculaire. Par conséquent, ce symptôme accompagne les autres maladies, et dans l'inflammation abdominale on le trouve souvent à un haut degré, lorsque les différentes marques d'inflammation que l'on rencontre après la mort sont très-limitées. La tuméfaction peut ou non être accompagnée de sensibilité ou de douleur; mais, dans la maladie aigüe que nous étudions, elle se joint toujours à un pouls fréquent, et très-souvent à un trouble de l'estomac. Si la fièvre est modérée, et le gonflement lent dans sa marche, il peut se lier à une inflammation limitée à une petite partie, par exemple à l'ovaire, et la malade se rétablit, quoique dans la suite peut-être une maladie des ovaires vienne à se manifester. Mais si la tuméfaction survient de bonne heure et augmente avec un pouls fréquent, quand bien même il y aurait peu de douleur, la malade succombe ordinairement. On produit toujours de la douleur en pressant sur la partie inférieure du ventre; et avant que la mort

arrive, il existe une grande anxiété à cause du gonflement et de la difficulté de respirer. Cet état arrive surtout si la malade a été très-épuisée pendant le travail, ou du moins si elle a été accouchée au moyen du crochet, l'on peut avoir une inflammation locale très-petite ou très-limitée, mais une tuméfaction très-étendue. Dans les plaies d'armes à feu et dans d'autres blessures, l'on peut avoir aussi un abattement général avant que l'inflammation soit entièrement établie. L'état d'un malade exposé à l'influence d'une continuation atmosphérique délétère, ou d'une contagion, est à peu près semblable. Les viscères abdominaux sont plus prédisposés à une maladie après l'accouchement qu'à toute autre époque, et une cause qui auparavant aurait été sans action agit alors. Si dans de telles circonstances il survient une maladie, elle peut s'étendre rapidement, ou si l'inflammation existante est très-limitée, les autres effets peuvent être rapidement produits, et la malade est bientôt épuisée. — L'épanchement de sérosité et d'albumine, ou une exsudation fibrineuse, accompagne toujours une inflammation étendue du péritoine, mais l'étendue de l'un n'est pas toujours proportionnée au degré de l'autre. — Des parties éloignées peuvent être affectées en même temps au point même de détourner l'attention du médecin, pendant quelque temps, de l'abdomen; par exemple, la maladie peut d'abord prendre la forme du délire puerpéral (1).

CHAPITRE XV.

DE L'INFLAMMATION DE LA MATRICE.

L'inflammation de la matrice peut paraître sous deux formes; l'une légère et circonscrite, l'autre étendue ou grave. C'est une distinction que ceux qui ne sont pas beaucoup versés dans la pratique pourront n'être pas disposés à admettre. Néanmoins, il sera bon de les décrire séparément. — La première commence dans les neuf jours; elle est très-semblable à la fièvre éphémère, et est regardée comme telle par la garde-malade. La femme a des frissons, elle a froid, elle éprouve des maux de cœur, peut-être vomit-elle; le pouls est fréquent, mais ni dur ni vibrant; la peau devient chaude, et entre la période du froid et celle de la chaleur, la malade se plaint d'une douleur sourde dans le bas-ventre, elle n'est pas constante, et elle peut passer pour les douleurs qui suivent les couches. L'écoulement des lochies continue, et la sécrétion du lait n'est point arrêtée. La douleur d'abord, et ordinairement pendant tout le cours de la maladie, est légère; elle se fait généralement sentir près des pubis, mais elle peut aussi s'étendre un peu dans le côté, ou vers l'aine. Quelquefois il y a une douleur dans le dos, mais fréquemment il n'y en a aucune, à moins que la malade ne se lève. La douleur dans le ventre n'est pas perçue de suite lorsque la malade reste tranquille; mais elle se fait sentir quand la personne remue ou quand on exerce avec la main une pres-

(1) M. Tonnellé, dans un Mémoire sur la fièvre puerpérale, telle qu'elle a paru à la Maternité en 1829, particulièrement dans le mois de janvier, dit que sur 222 cas qui furent soumis à l'examen, l'inflammation du péritoine, combinée avec celle de l'utérus, se montra dans 165; l'inflammation du péritoine dans 28, celle de l'utérus dans 29. La substance et les enveloppes de l'utérus offrirent sur 190 cas : une simple métrite, 79 fois; un ramollissement superficiel, 29 fois; un ramollissement profond, 20 fois; l'inflammation des ovaires, 58 fois; la même avec abcès, 4 fois. La suppuration des veines se montra 90 fois, savoir : accompagnée de la suppuration de l'utérus, 32 fois; avec ramollissement et putréfaction, 11 fois; avec métrite combinée avec un ramollissement, 5 fois; avec péritonite sans aucune autre altération, 34 fois; la suppuration des veines seule sans aucune autre affection, 8 fois. La suppuration des lymphatiques se montra 44 fois, dont 29 cas furent compliqués de la suppuration des veines, 13 de celle de l'utérus, 6 de ramollissement, 3 d'une simple péritonite, 2 sans aucune autre altération. Les ovaires furent enflammés dans 62 cas avec différentes complications, mais le plus grand nombre avec une simple péritonite. Dans 222 cas soumis à l'examen, on trouva différentes autres affections combinées avec la péritonite qui pouvait être regardée comme la maladie primitive, par exemple : la pleurésie circonscrite, 29 fois; l'épanchement de sang ou de sérosité dans la poitrine, 14 fois; le ramollissement de l'estomac, 8 fois; l'entérite, 4 fois; l'abcès du foie, 3 fois; celui des muscles, 14 fois; celui des articulations, 10 fois; celui de la substance cellulaire du bassin, 6 fois. (*Archives générales*, t. XXII, p. 482.)

sion assez forte, ou bien de temps en temps une ou deux douleurs aiguës causent des élancements à travers la région utérine. On ne sent aucune dureté, et le ventre n'est pas sensible, mais il devient un peu plein. Il y a une grande soif, perte d'appétit, et le sommeil est troublé. L'écoulement des lochies diminue graduellement, mais ne s'arrête pas nécessairement, et la sécrétion du lait continue quelquefois d'être abondante. Le pouls, qui d'abord est très-fréquent, tombe au bout d'un jour ou deux à cent pulsations, ou varie de 98 à 108. La tête est plutôt lourde que douloureuse; la malade peut sentir de légères douleurs passagères dans le ventre ou dans les côtes. Les intestins sont généralement affectés, étant d'abord ballonnés, puis mous et irréguliers, et les matières fécales sont noires, glaireuses ou fétides. Quelquefois il y a un certain degré de strangurie. Dans l'espace d'une quinzaine, le pouls devient plus lent, l'appétit revient par degrés, et ces circonstances sont précédées ou accompagnées d'un léger écoulement sanguin de la matrice, ou d'une matière purulente par le rectum ou par le vagin. Quelquefois la maladie a une durée plus courte, ne se prolongeant pas plus qu'une fièvre éphémère, et les symptômes cèdent entièrement au traitement; ou ils peuvent être calmés au point que la fièvre et la douleur disparaissent. Mais, lorsque la malade vient à se lever, elle sent un poids comme s'il y avait un prolapsus, qui dure plusieurs jours, ou même des semaines entières, de sorte que la personne ne peut se tenir debout, mais elle éprouve un besoin instinctif de s'asseoir. Il n'est point facile de distinguer cet état d'un prolapsus, si ce n'est par le toucher. On sent l'utérus à sa hauteur normale, mais souvent l'orifice utérin est dirigé un peu d'un côté, et quelquefois il est sensible au toucher, et le vagin n'est point relâché, mais il peut être plutôt rigide. Les pessaires apportent peu ou point de soulagement. La maladie continue d'être opiniâtre, empêchant la femme de marcher, quoiqu'elle soit assez bien portante, jusqu'à ce qu'un peu de matières purulentes, ou encore plus souvent un peu de sang s'écoule comme les règles, et alors elle est presque guérie à l'instant.

Le traitement de cette espèce d'inflammation utérine consiste à tirer de suite une quantité modérée de sang, à provoquer de bonne heure des sueurs assez abondantes, à fomenter le ventre, et à ouvrir les voies intestinales par un purgatif qui opère doucement sans causer de coliques. Si la douleur est plus permanente, les sangsues peuvent être nécessaires, et l'on devra appliquer un cataplasme sur la partie douloureuse, ou bien l'on pourra y poser un petit vésicatoire. — L'inflammation plus grave et plus étendue de la matrice peut être provoquée à la suite de manœuvres imprudentes ou par d'autres causes. La maladie commence ordinairement entre le second et le troisième jour après l'accouchement, mais elle peut s'établir plus tard, et quelquefois plus tôt. Elle s'annonce par une douleur dans la partie inférieure du ventre, dont l'intensité augmente graduellement, et qui dure sans intermission, quoiqu'elle soit sujette à s'exaspérer de temps en temps, comme de très-violentes douleurs de couches. Ces exaspérations paraissent d'abord provenir des contractions et du spasme des fibres enflammées. La région utérine est très-douloureuse à la pression, et elle est un peu tuméfiée. Il y a, au reste, peu de gonflement général du ventre et peu de tension, à moins que le péritoine n'ait été affecté. Les parois sont plutôt affaissées, et l'on peut sentir distinctement, à travers, l'utérus plus dur que de coutume; il est aussi très-sensible, tandis que la malade peut supporter la pression sur d'autres parties du ventre, pourvu qu'elle soit faite de manière à ne point intéresser l'utérus. Il y a aussi de la douleur dans le dos, qui se tend jusqu'à une ou aux deux aines, accompagnée d'un sentiment de pesanteur; la malade éprouve ordinairement une difficulté d'uriner, ou une rétention complète, ou une strangurie très-pénible. La place de la douleur variera selon la partie de la matrice qui a été la première et la plus affectée. Les parties internes deviennent aussi d'une couleur plus foncée, et la température du vagin et de l'utérus est augmentée. L'écoulement rouge des lochies se supprime de bonne heure; s'il se renouvelle, il sera purulent. La sécrétion du lait est aussi diminuée ou détruite. Presque en même temps que les symptômes locaux apparaissent, toute l'économie est affectée. La malade tremble, elle a des maux de cœur, elle vomit un liquide bilieux, et souvent elle éprouve des maux de tête. Le pouls de très-bonne heure devient

fréquent et un peu dur, et la peau est chaude au toucher. La langue est d'abord blanche et sèche, et puis rouge et enflammée; l'urine est très colorée et trouble, et si la vessie est affectée, il peut y avoir une rétention. Les vomissements dans quelques cas continuent, et les intestins sont d'abord resserrés, mais ensuite les selles passent plus librement. Si le péritoine vient à participer à la maladie, alors l'on remarque promptement la tuméfaction et la sensibilité de l'abdomen, et le danger est de beaucoup augmenté. Quelquefois la membrane interne ou muqueuse est principalement affectée, et après la douleur, la fièvre et la suppressiou des lochies, il s'établit un écoulement puriforme. — Si l'inflammation ne s'étend pas jusqu'au péritoine, cette maladie est plus promptement guérie que les autres inflammations des organes survenant dans l'état puerpéral. Elle peut se terminer favorablement par une transpiration abondante, une diarrhée ou une hémorrhagie utérine; cette dernière est la terminaison la plus fréquente et la plus complète. Si la douleur se calme, si le pouls s'affaisse et si les lochies et la sécrétion du lait reparaissent, l'on peut espérer une prompte guérison. Mais dans beaucoup d'autres cas, la maladie est plus opiniâtre, la fièvre continue, le pouls devient plus fréquent, mais il est plein pendant un jour ou deux, après quoi il devient petit; la langue est plus rouge, mais sèche; la douleur ne se calme pas, et au bout de quelques jours surviennent des frissons, et la douleur devient pulsative. La face est pâle, à moins qu'une rougeur hectique ne couvre les joues; l'urine, qui auparavant était très-colorée, dépose en grande quantité un sédiment couleur brique. Les nuits sont passées sans sommeil, et la malade est couverte de sueurs. Quelque temps après, il s'écoule du pus par le vagin, par le rectum ou par la vessie, mais le plus souvent par le rectum. Les symptômes de la fièvre hectique persistent pendant plusieurs semaines, et peuvent finir par être mortels. Quelquefois la maladie se termine de bonne heure par la mort, le pouls augmente de fréquence, la langue devient très-rouge et les forces s'abattent; mais même dans ce cas-ci on trouvera généralement que la suppuration s'est établie. Il ne faut point compter sur la diminution de la douleur, ni sur l'amélioration apparente du pouls, si la malade continue à vomir, si la langue reste rouge et enflammée, ou si des aphthes apparaissent.

A l'examen du sujet, l'on trouve quelquefois la tunique péritonéale enflammée, ou bien l'inflammation est plus marquée sur la membrane interne. Souvent on la croit mortifiée lorsqu'elle n'est recouverte que d'une couche noirâtre, composée de sang et des débris de la caduque. Dans cette maladie, la membrane utérine est fétide ou parsemée de pus. La substance de l'utérus est généralement épaissie lorsqu'elle a été enflammée, et tout l'organe est plus volumineux et moins rétréci qu'il ne devrait l'être. Le tissu est ramolli et ressemble plutôt à de la fibrine. Le tissu vasculaire est plus ou moins augmenté, et la couleur est plus foncée en proportion que la substance a été plus ou moins totalement enflammée. Les ovaires, lorsqu'ils ont été enflammés, sont plus rouges et plus charnus, et paraissent être plus vasculaires dans leur tissu et à leur tunique péritonéale (1).

Il y a une espèce de ramollissement qui a été décrit en partie par Boer, Lurotte et Albert Danejau sous deux formes, d'abord la superficielle, qui est presque toujours liée à quelque autre forme inflammatoire, et Tonnellé observe que son existence n'a aucune influence sensible sur le reste des symptômes. Elle se reconnaît à des taches superficielles, irrégulières, d'un brun rougeâtre ou d'une couleur de buffle, et à sa mauvaise odeur. Le ramollissement profond, d'un autre côté, est une affection plus distincte, donnant un caractère malin à la maladie, qui parcourt ses périodes très-rapidement. Il s'étend quelquefois à travers toute l'épaisseur des parois, et le tissu est rouge, presque gélatineux, ou c'est une pulpe inorganique brune ou même noire. L'intérieur de la matrice est couvert d'une matière fétide d'une couleur brune ou noire, ou bien la putréfaction est limitée à la surface, et le reste du tissu est sain, ou elle peut être entièrement confinée au col et à l'orifice utérin. On a regardé le ramollissement comme un état particulier indépendant de la gangrène, et bravant les secours de l'art. Il peut

(1) Le docteur Campbell rapporte deux cas dans lesquels les nerfs du péritoine, et dans l'un d'eux les nerfs de l'utérus, étaient très-grossis.

commencer avant le travail ou paraître presque immédiatement après l'accouchement, ou quelques jours après. Il se distingue principalement de l'inflammation ordinaire par la prostration prompte et rapide qu'il cause. On s'est servi du speculum pour constater l'état de l'orifice utérin. On ne peut admettre les évacuations que dans la première période de la maladie : la quinine et une nourriture convenable sont indiquées plus généralement. On a appliqué sur l'utérus, au dedans du vagin, des plumasseaux de charpie imbibés d'une teinture camphrée ou alcoolique.

L'inflammation de l'utérus peut se montrer sans que l'on puisse apercevoir aucune cause prédisposante ou excitante; mais souvent elle peut être distinctement attribuée à des efforts préalables faits pendant un accouchement laborieux (1), ou à des manœuvres imprudentes, ou à l'extraction précipitée du placenta, ou à l'application du froid, n'importe de quelle manière. Comme l'inflammation du péritoine, elle est sujette à attaquer les femmes qui ont beaucoup souffert d'une hémorrhagie utérine. — Cette maladie demande de bonne heure l'emploi de la saignée, qui est le remède principal, et le nombre de fois que l'on doit la répéter doit dépendre de la constitution de la malade, des effets qu'elle produit, et de la période de la maladie (2). Si deux ou trois jours se sont écoulés, le pouls peut être plein et fréquent, mais c'est une marque que la suppuration va bien, ce qui sera constaté par des douleurs pulsatives, etc. Dans ce cas-ci, la saignée est nuisible. L'application de sangsues au-dessus du pubis est utile immédiatement après la saignée, et un cataplasme chaud non-seulement favorise l'écoulement du sang, mais encore calme la douleur. Si on ne l'emploie pas, on devra faire usage de fomentations. De doux laxatifs conviennent aussi très-bien. Un vésicatoire appliqué à l'hypogastre est souvent très-utile, surtout lorsque la malade paraît être dans ce qu'on appelle un état d'hésitation. On devra administrer des diaphorétiques, tels que le julep salin, avec addition de vin antimonié et de laudanum. On a donné du calomel combiné avec de l'opium, en assez grande quantité pour affecter l'économie. J'attends de très-bons résultats du dernier médicament, car tout ce qui adoucit ou calme la douleur tend à diminuer l'inflammation; des lavements émollients, ou quelquefois des clystères anodins, apportent du soulagement. Dans la période de suppuration, il faut tenir le ventre libre, donner une nourriture légère, appliquer des fomentations, et calmer la douleur avec des anodins. Lorsque le pus se sera écoulé, l'air de la campagne sera utile, et on devra donner des médicaments toniques.

Quelquefois, le ligament rond est principalement affecté, et la malade se plaint de douleur et d'une sensibilité dans l'aîne, qui est augmentée par la pression. La partie inférieure du ventre est, au bout de quelque temps, tuméfiée et douloureuse, ou bien on sent une tumeur étendue, dure et fixe, au dessus du ligament de Poupart. Cette maladie s'accompagne de fièvre, et quelquefois l'estomac devient irritable. Elle est souvent causée par une extraction prématurée du placenta. Elle requiert de bonne heure l'emploi des laxatifs, et si les symptômes sont violents, il convient de tirer un peu de sang au bras, et d'appliquer des sangsues à l'aine, ce qu'il ne faut que rarement négliger; ensuite on emploiera des fomentations et des vésicatoires. Si elle n'est pas combattue, la maladie peut se terminer par suppuration, ou par un gonflement douloureux vers l'anneau du muscle oblique, gonflement qui dure long-temps. Cette maladie cède quelquefois à des exutoires, sinon il faut la traiter comme un abcès lombaire. On devra donner des anodins pour calmer l'irritation, et l'on soutiendra les forces pendant la durée de la fièvre, qui prend une forme hectique. — Dans quelques cas, la membrane interne de l'utérus est particulièrement affectée. La douleur n'est

(1) Dans le rapport du docteur Riecke, de la pratique des accouchements dans le Wurtemberg, il est dit que dans les cas où le forceps a été appliqué pour un rétrécissement du bassin, et à cause de la rigidité des parties, une femme mourut, sur vingt-huit. Dans les cas de version pratiquée dans toute espèce de circonstances, la mortalité était plus grande, étant dans la proportion de un à dix. Quand le crochet fut employé, plus d'un tiers des femmes moururent. Je pense que la mortalité est plus grande qu'elle ne doit l'être.

(2) Les auteurs français se trompent en ne regardant la saignée utile que lorsque les symptômes sont très-aigus, et en comptant plutôt sur l'application de sangsues à la vulve.

pas constante, mais l'utérus est toujours sensible à la pression, et la malade se plaint de paroxysmes, comme de violentes suites de couches, avec des douleurs vagues dans l'abdomen et le thorax. L'écoulement est fétide et séro purulent; la peau est chaude et quelquefois moite; le pouls est d'une fréquence modérée; le sommeil est troublé et la tête douloureuse; quelquefois les intestins se gonflent, et la respiration est plus ou moins gênée.

Le traitement consiste à tirer d'abord un peu de sang, si les symptômes locaux ou la fièvre sont considérables, à ouvrir les voies intestinales, et à appliquer des fomentations chaudes sur le ventre; ensuite les opiacés sont utiles; on les alternera avec les purgatifs. Il faut faire une grande attention à ôter l'écoulement fétide.

On a vu la phlébite utérine se montrer dans les six premières heures de la délivrance, mais l'époque la plus ordinaire, c'est vers le quatrième jour. Un plus grand nombre de cas commencent plus tôt que plus tard. Les symptômes, comme on peut s'y attendre, sont d'abord presque les mêmes que ceux de la métrite, avec laquelle elle se combine plus ou moins. Presque toujours la maladie commence par des frissons, quelquefois par un grand froid, par des tremblements et par des claquements de dents. Le pouls est fréquent, et le mal de tête est un symptôme très-ordinaire, surtout la douleur au front. Le délire survient de bonne heure dans beaucoup de cas, et il est très-rare que la maladie parcoure ses diverses périodes sans l'apparition de ce symptôme, à une période ou à une autre. Quelquefois c'est l'affection qui se montre la première et qui est la plus frappante, tandis que la douleur au ventre est dans ces cas-là obscure; cependant, en général, cette dernière douleur est aiguë, et quand elle ne l'est pas, l'abdomen est sensible à la pression, ou bien le toucher est douloureux, et le vagin est plus chaud que de coutume. On sent à l'extérieur la matrice dure, et plus volumineuse qu'elle ne devrait l'être à cette période, ou du moins elle est plus distincte, et elle reste développée pendant toute la durée de la maladie. Le ventre est plus ou moins tuméfié, tendu ou mou. Les nausées, ou même les vomissements, sont les premiers symptômes qui paraissent, mais quelquefois il n'y a aucun trouble du côté de l'estomac: la peau devient bientôt chaude, la face animée, et l'œil trouble ou enflammé. Le pouls continue d'être fréquent, mais il est vibrant, quoique compressible. La langue est sèche et chargée; la malade est très-altérée, dort peu ou point du tout; les lochies se suppriment généralement, mais non nécessairement ni invariablement; les seins sont flasques, et souvent les intestins relâchés.

Après que ces symptômes ont duré pendant quatre jours environ, plus ou moins, il n'est pas rare que la malade paraisse aller mieux, mais au bout de quelques heures, ou même après quelques jours, l'état des choses change, ou, sans aucune amélioration apparente, la seconde période commence. La face est pâle et l'air abattu, l'œil enfoncé, quelquefois rouge et roulant sur son axe, ou bien la conjonctive est brillante; la langue devient sèche ou aphtheuse en même temps que le gosier; le pouls est fréquent, petit et faible; la peau terne ou même jaune. Les frissons ou les tremblements apparaissent de nouveau, quelquefois régulièrement, comme une fièvre intermittente. Le délire augmente, ou bien l'insensibilité, ainsi que l'écoulement d'une matière fétide et purulente par le vagin, avec une grande prostration. Pendant une période quelconque de la maladie, sinon dans la première, de la douleur se fait souvent sentir dans la poitrine, accompagnée d'une toux plus ou moins forte, ou des abcès se forment dans quelques-unes des extrémités, sous la peau ou dans la substance des muscles, ou autour des articulations, particulièrement celles du poignet et du genou, ou dans les articulations du bassin. Quelquefois ils se forment avec peu de douleur; dans d'autres cas, celle-ci est aiguë. J'ai vu la malade se plaindre plus du bras que de l'utérus. Il survient quelquefois un érysipèle sur différentes parties du corps, sans inflammation des veines sous-jacentes. Le pouls devient irrégulier et très-faible; les selles sortent involontairement, et il n'est pas rare que la malade soit atteinte de vomissements d'une matière verte ou noirâtre. Le diagnostic entre cette maladie et une simple métrite n'est pas toujours facile; on l'établit surtout d'après la douleur ou les abcès qui se forment dans les autres parties du système veineux, ou autour des articulations, et en partie par le prompt épuisement de la malade, dans la seconde période, lorsque l'on suppose que le pus se mêle au sang. Quand il y a peu de

douleur abdominale, on a pris la maladie pour un délire puerpéral, ou pour une fièvre intermittente prolongée.

La durée de cette maladie est variable, elle est devenue mortelle dans les vingt-quatre heures, et elle s'est prolongée pendant trois semaines et même plus long-temps, mais la période ordinaire est depuis six jusqu'à onze jours. Peu de malades ont succombé avant le troisième jour, à partir de son invasion. — A l'examen du cadavre, l'on trouve les veines de l'utérus enflammées et épaissies, dans une étendue plus ou moins grande, quelquefois dans toute la totalité, quelquefois seulement d'un côté, ou vers le premier siége du placenta, affectant seulement les veines de l'ovaire, ou bien l'inflammation n'enveloppe pas les veines utérines, mais l'hypogastrique, etc.; en faisant une incision sur l'utérus, les veines remplies de pus ressemblent souvent à de petits abcès, mais surtout dans les cas prolongés, l'inflammation des veines est moins marquée que celle de l'utérus lui-même. Cet organe est généralement plus volumineux qu'il ne devrait l'être à cette période, sa tunique péritonéale est quelquefois saine, d'autres fois enflammée. La substance est épaissie et ramollie, de sorte que, dans quelques cas, on peut y enfoncer le doigt, et sa couleur est généralement plus foncée. Quelque portion, surtout auprès de l'orifice utérin, peut être convertie presque en un putrilage noirâtre, et la membrane muqueuse y est plus ou moins détruite. Très-souvent les parties éloignées sont affectées, et on trouve des abcès aux extrémités, ou du pus dans le foie et dans la rate, qui peuvent être hypertrophiés et très-mous, ou bien dans la substance du poumon, qui peut être hépatisé, ou bien dans les articulations. Quoiqu'il y ait eu un violent délire, on ne trouve souvent aucune trace de la maladie dans le cerveau, ou seulement un peu de turgescence dans les vaisseaux de la pie-mère. Les intestins sont généralement boursoufflés, quelquefois enflammés, et alors on remarque des adhérences et un épanchement. On peut trouver aussi une inflammation ou une suppuration plus ou moins étendue dans les parties molles qui tapissent le bassin, ou au dedans de l'articulation pubienne. — Le traitement, comme dans la métrite, consiste à recourir promptement à la saignée, à employer les fomentations ou les cataplasmes appliqués sur la région de l'utérus, et à prescrire de doux purgatifs ou des diaphorétiques. On devra appliquer des sangsues lorsqu'il y aura une douleur circonscrite, après avoir employé convenablement et de bonne heure la saignée; dans la seconde période, on ne peut rien faire de plus que de soutenir les forces par une nourriture légère, par des cordiaux, et par la quinine, si l'estomac peut la supporter. Les opiacés sont utiles. On devra ôter du vagin les matières qui s'écoulent, par des lavages ou par des injections avec de l'eau tiède (1). — L'inflammation des lymphatiques se rencontre rarement seule. Les symptômes sont presque les mêmes que ceux de la phlébite, et le traitement semblable.

CHAPITRE XVI.

DE L'INFLAMMATION DU PÉRITOINE.

Le feuillet du péritoine qui tapisse l'abdomen, ou celui qui recouvre les intestins peut s'enflammer seul, ou cette maladie peut se combiner avec celle de la matrice. — La péritonite peut être causée par une violence pendant l'accouchement, ou par l'application du froid, ou par l'abus des stimulants. Les femmes qui ont éprouvé une hémorrhagie utérine après la délivrance sont exposées à cette maladie aussi bien qu'à l'inflammation de l'utérus. Elle peut ne pas survenir pendant trois semaines après l'accouchement, mais ordinairement elle paraît dès le second jour, et on peut souvent remarquer que le pouls reste fréquent, à partir de l'époque de la délivrance. Elle est précédée ou accompagnée de tremblements, de maux de cœur ou de vomissements, et elle est marquée par la douleur au ventre, qui quelquefois est universelle, quoique dans d'autres cas elle soit d'abord limitée à une seule place. L'abdomen devient bientôt gonflé et tendu, et la tension augmente rapidement. Le pouls est fréquent, petit et fort; la peau chaude, la langue naturelle, ou blanche et sèche : la malade est altérée,

(1) Pour l'histoire générale et les cas particuliers, voy. le Mémoire de M. Dance, dans les dix-huitième et dix-neuvième volumes des *Archives générales*; celui de M. Tonnellé, dans les *Archives*, t. XXII, p. 354; le docteur Lee, *In med. chir. trans.*, vol. XVI, p. 2; Duplay, *In journ. comp.*, vol. XLII, p. 3 et 290.

elle vomit fréquemment; le lait et les lochies sont ordinairement supprimés. Ces symptômes surviennent souvent d'une manière très-aiguë, mais l'étudiant doit bien se pénétrer qu'ils peuvent suivre une marche insidieuse. Une douleur vague se fait sentir dans le ventre, qui n'est ni aiguë ni constante; elle passe pour une douleur de couches, mais elle est accompagnée d'une fréquence dans le pouls, d'une plénitude dans le ventre et d'un léger mal de cœur. Mais que les premiers symptômes viennent rapidement ou lentement, ils augmentent bientôt : le ventre devient aussi gros qu'avant l'accouchement, et souvent il est tellement sensible que la malade peut à peine endurer le poids des couvertures, et qu'elle ressent beaucoup de douleur quand elle remue. La respiration devient difficile, et quelquefois il survient de la toux qui aggrave la maladie, ou elle se montre, dès le commencement, accompagnée d'une douleur dans le côté, comme un symptôme saillant. Quelquefois la malade a une grande envie de roter, ce qui cause toujours de la douleur. Les intestins sont constipés, ou bien la malade rend des matières bilieuses et noirâtres. Ces symptômes sont plus ou moins aigus, suivant l'étendue de l'inflammation du péritoine. Ils sont d'abord plus doux et traînent davantage dans les cas où l'inflammation commence dans l'utérus, et dans ces cas-là, la douleur n'est pas souvent très-grande ni très-étendue pendant quelque temps. Si la maladie doit devenir mortelle, le gonflement et la tension du ventre augmentent au point que l'abdomen devient rond et saillant; les vomissements continuent, le pouls devient très fréquent et très-irrégulier, le gosier est couvert d'aphthes; la mort est empreinte sur la physionomie, les extrémités sont froides, et la douleur cesse ordinairement tout-à-coup. La malade a un sommeil pesant et quelquefois un léger délire, mais elle peut conserver sa connaissance jusqu'à la fin. La maladie devient ordinairement mortelle dans les cinq jours, mais elle peut se prolonger pendant huit ou dix jours, et même plus long-temps. Si la patiente doit en revenir, le gonflement ne s'étend pas à un haut degré; la douleur se calme graduellement, les vomissements cessent, le pouls devient plus plein et plus lent, la respiration plus facile, de sorte que la femme peut rester couchée dans son lit, et peut se remuer plus facilement. Quelquefois cette maladie se termine par suppuration, et l'abcès paraît et perce au dehors. Le docteur Gordon, dans son traité sur la fièvre puerpérale, rapporte trois cas de ce genre. Dans un d'eux, le pus s'écoula par l'ombilic, un mois après l'attaque; dans un autre, six semaines après la délivrance; et dans le troisième, après deux mois, il sortit par l'urètre. J'ai observé des cas semblables.

A la dissection on trouve le péritoine dans un état de forte inflammation, rarement dans un état de mortification. La surface est souvent enflammée. On trouve dans le ventre un épanchement considérable de sérosité mêlée avec une substance coagulée. La malade ne peut être sauvée que par des moyens vigoureux et par une grande attention. Si le pouls continue de battre plus de cent fois par minute, pendant les vingt-quatre heures qui suivent la délivrance, il y a lieu de craindre que quelque maladie sérieuse ne se prépare. Et par conséquent, à moins que la fréquence ne dépende décidément de la faiblesse produite par une forte hémorrhagie, etc., il faut ouvrir largement les voies intestinales, et donner un diaphorétique. Il faut examiner avec soin le ventre, et s'il est plein ou douloureux à la pression, ou si la malade a envie de vomir, il faut ouvrir à l'instant la veine et employer des purgatifs. Une saignée copieuse, dès l'invasion de la maladie, est souvent plus utile que dix autres dans la suite. Et un retard de deux heures peut causer la perte de la malade, dont le danger, même avec le traitement le plus actif, est extrême. Je sais qu'un grand nombre d'accoucheurs répugnent à saigner les femmes dans le temps de leurs couches; et l'état du pouls pourrait paraître aux jeunes médecins défendre la saignée. Mais, dans les cas de péritonite, je dois fortement insister sur la nécessité de saigner dès les premiers moments, et on doit répéter l'évacuation sanguine selon les effets qu'elle produit, ou d'après la constitution de la malade. Si elle s'en est trouvée mal, et si elle n'a pas été soulagée quand on l'a employée pour la première fois, je crains que le cas n'ait pas été une simple inflammation du péritoine, mais une fièvre puerpérale maligne. Si la malade supporte bien la saignée, et que le pouls devienne plus lent et plus plein, que la douleur se calme, nous sommes encouragés à la répéter. Je désire im-

primer dans l'esprit de l'étudiant, de la manière la plus forte, les conséquences fatales qui résultent de négliger la saignée dans cette maladie. Combien de femmes meurent victimes de la timidité ou de l'inattention de leur médecin. La lancette est l'ancre d'espérance; la saignée peut, il est vrai, être poussée trop loin, elle peut être employée par de jeunes praticiens dans les cas de spasme, que l'on prend pour une péritonite, mais l'erreur est moins dangereuse que l'extrême opposé, et de deux maux il est plus facile de guérir la faiblesse que l'inflammation. Quand j'insiste sur la saignée, je ne prétends pas approuver l'emploi déraisonnable et extravagant de la lancette. Un praticien prudent saignera de bonne heure et largement tant qu'il calmera par là l'inflammation; mais il s'arrêtera à temps et considèrera si réellement la saignée est avantageuse, ou si au contraire elle n'affaiblit pas sa malade, et si elle ne détruit pas cette vigueur qui est nécessaire au rétablissement de la santé. Il ne saignera jamais à une époque avancée de la maladie, à moins que ce ne soit pour combattre une exaspération, ou lorsque le bon effet d'une première évacuation sanguine le porte à espérer un nouvel avantage. Tandis que quelques-uns ont été trop timides, d'autres, je le crains, ont épuisé leurs malades en les saignant sans mesure, aussi efficacement que s'ils avaient laissé l'inflammation marcher toute seule. Après avoir employé la saignée de bonne heure, si la douleur persiste, on appliquera sur la partie la plus douloureuse un grand nombre de sangsues ou le scarificateur. Ensuite on recouvrira l'abdomen d'un cataplasme chaud. Une large dose d'opium, c'est-à-dire trois grains devront être donnés après la saignée, et répétés, selon les circonstances, en doses plus petites. Les intestins devront être d'abord purgés librement avec le calomel ou quelque autre purgatif, qu'il faudra donner à haute dose, particulièrement le calomel, car les doses ordinaires ne font aucun bien. Le docteur Armstrong, qui est aussi un grand partisan de l'opium, donne un demi-gros de calomel suivi d'une potion purgative de séné et de sels pour le chasser, et je crois cette méthode sûre, pourvu que nous réglions la dose de la médecine d'après la constitution et les habitudes de la malade. A une époque avancée de la maladie, après que l'épanchement se sera établi, il faut employer les purgatifs seuls plutôt que la saignée. Les sinapismes et les vésicatoires ont été conseillés, mais ils sont principalement utiles lorsque la douleur est circonscrite. Les fomentations et les cataplasmes chauds, si leur poids ne cause pas de la douleur, sont généralement plus utiles. La digitale a été donnée soit pour diminuer l'inflammation ou pour favoriser l'absorption, après que l'épanchement a eu lieu. Mais je ne l'ai jamais une seule fois trouvée utile. Après que l'effusion s'est établie, et que de la faiblesse est produite, les cordiaux, dont le meilleur est le vin, devront être donnés, et l'on administrera des lavements anodins. Il y a un ou deux cas rapportés dans lesquels le liquide s'est écoulé soit spontanément par une ouverture pratiquée dans les intestins, soit artificiellement par la parencentèse, et avec de bons résultats.

Il y a une modification de cette maladie qui n'est pas rare, dans laquelle l'affection inflammatoire, autant qu'il en reste de traces après la mort, paraît être limitée à une très-petite place, aussi bien qu'à un degré très-petit. La douleur paraît provenir plutôt d'une grande sensibilité de la part des nerfs que d'une inflammation réelle des parties, et souvent elle se fait sentir dans la direction de quelque nerf abdominal, par exemple dans celle de l'ilio-pubien. Il y a d'abord une douleur circonscrite ou mobile comme des coliques. Le pouls est fréquent sans être fort. La peau est chaude, le ventre un peu tuméfié, et la douleur se fait sentir principalement à la pression, ou quand la malade se retourne, ou lorsqu'elle fait une profonde inspiration. L'écoulement continue généralement. Cette maladie se montre ordinairement vers le second ou le troisième jour, et si elle n'est pas arrêtée, la douleur augmente beaucoup, le ventre s'enfle et devient tendu, et la malade meurt avec les symptômes ordinaires de la péritonite; mais à l'inspection cadavérique, on ne trouve pas le péritoine enflammé, souvent il est pâle, ou bien un peu plus injecté que de coutume; les intestins sont boursoufflés, et il y a un peu de sérosité dans l'abdomen; l'utérus est contracté et sain en apparence; mais, après un examen plus minutieux, on découvre généralement quelque trace légère ou limitée d'inflammation dans les veines, ou dans le col, ou dans les annexes de l'utérus. On n'a pas fait une attention particulière aux nerfs abdomi-

naux. Le diagnostic est difficile. Il y a rarement du frisson ou du froid, le pouls est mou, la douleur est bientôt plus aiguë que cela n'arrive ordinairement dans la péritonite. Mais la remarque principale, c'est que la saignée, quoiqu'elle puisse calmer momentanément, ne procure pas un soulagement permanent, et si elle est répétée elle est peu utile. Il est du reste toujours convenable de tirer un peu de sang d'abord, et on le trouve épais. Ensuite on administrera un opiacé, soit par l'estomac, soit sous la forme de lavement, et on appliquera sur l'abdomen un large cataplasme de farine de graine de lin ; après quoi, s'il est nécessaire, on donnera un lavement salé ou un doux laxatif. Dans quelques cas j'ai retiré un grand avantage des opiacés, dans d'autres des cataplasmes (1). La petite fièvre dure quelques jours. S'il y avait une douleur locale qui persistât, il faudrait appliquer des sangsues sur la partie douloureuse. — L'inflammation du péritoine peut survenir pendant la grossesse, et ne pas devenir mortelle. Après l'accouchement, le pouls reste fréquent, la face est animée, le ventre est ballonné, et on y sent de la fluctuation. La malade succombe à une fièvre hectique rapide, et à l'examen cadavérique on trouve les intestins enflammés et refoulés, avec une grande quantité de pus. Si on n'arrête pas la maladie dès le commencement par la saignée, je crois que l'on ne peut rien faire d'utile dans la période de la fièvre hectique. On peut proposer la paracentèse, mais on ne doit point compter sur ses effets.

L'inflammation chronique, ou lente du péritoine, n'est pas rare et peut durer quelques semaines. Elle est accompagnée d'une douleur constante dans quelque partie de l'abdomen, mais cette douleur n'est pas insupportable. Le ventre est sensible, le pouls fréquent, la soif vive, et souvent l'esprit est affecté comme dans l'hystérie, ou il survient une série de symptômes hystériques, qui peuvent détourner l'attention du siége de la maladie. Cette maladie exige d'abord la saignée, et ensuite l'usage fréquent des laxatifs avec des vésicatoires volants. — Avant de terminer sur ce sujet, il peut être bon de faire remarquer qu'un jeune médecin peut prendre des affections spasmodiques ou des coliques pour une inflammation puerpérale ; car dans ces cas-là il y a souvent une tension et une sensibilité dans les muscles, qui rendent la pression douloureuse. Mais il y a moins de chaleur à la peau, la langue est humide, le pouls, quoiqu'il puisse être fréquent, est mou, les pieds sont souvent froids, la douleur a de grandes rémissions si elle ne disparaît pas complètement, il y a moins de plénitude dans le ventre, et la malade est moins incommodée par des flatuosités. Cet état réclame des laxatifs, des anti-spasmodiques, des lavements anodins et des frictions avec l'alcool camphré. Si ces moyens ne procurent point un prompt soulagement, alors on emploiera la saignée. Le sang que l'on tire dans cette maladie, après qu'elle a duré quelques heures, même lorsque la femme n'est pas à ses couches, est épais, et il l'est toujours dans l'état puerpéral, ainsi que dans la grossesse, quoique la femme se porte bien.—L'inflammation de la membrane muqueuse des intestins n'est pas une maladie rare pendant la grossesse, et elle s'annonce par des symptômes de dysenterie et par une grande maigreur si elle se prolonge. Après la délivrance, la diarrhée augmente généralement, les selles sont liquides et souvent glaireuses, et ordinairement indolores, du moins excepté au moment de leur sortie, qui est peut-être très-rapide. Il y a rarement de la douleur à la pression, ou s'il y en a elle paraît exister à l'épigastre et provenir plutôt des vomissements que de toute autre cause. Le pouls est fréquent, il y a perte d'appétit, une soif considérable, ou de temps en temps des vomissements d'un liquide bilieux, une extrême maigreur et de l'œdème aux extrémités. Dans beaucoup de cas, l'inflammation paraît être concentrée à quelques places, çà et là, et les parties voisines sont seulement dans un état d'irritation ou d'excitation. Dans les premiers temps de la maladie, la saignée peut être nécessaire. On devra donner de doux laxatifs pour enlever les matières âcres ou indurées, et la nourriture devra être légère. Ensuite il faut

(1) Le docteur Gooch a rapporté en détail plusieurs cas de cette maladie qui, dans quelques circonstances, paraît provenir de coliques produites par l'action d'un purgatif violent, dans d'autres de douleurs de couches intenses, surtout lorsque la malade, dans son état ordinaire, était délicate et nerveuse. Il est contre la saignée, et conseille la poudre de Dover et les cataplasmes.

administrer les opiacés pour calmer l'irritation, et la meilleure forme sous laquelle on peut les donner, c'est celle des pilules. A une période plus avancée on devra prescrire des lavements avec du laudanum ou des suppositoires de trois ou quatre grains d'opium, ou dans les cas extrêmes l'eau-de-vie est nécessaire pour soutenir les forces. Je ne sache pas que les astringents fassent du bien, et je n'ai pas retiré de l'irritation à l'extérieur autant d'avantage que je l'espérais, pour m'engager à y soumettre la malade.

CHAPITRE XVII.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE MALIGNE.

Il n'y a pas à douter que dans des saisons particulières il ait régné une épidémie (1), causant, dans l'état puerpéral, de la fièvre accompagnée des symptômes des maladies inflammatoires précédentes, variant toutefois chez les individus, selon que l'une ou l'autre de ces maladies prédominait, devenant dans quelques cas mortelle, plutôt par l'épuisement que par l'inflammation qu'elle a produits; dans d'autres, laissant des traces d'une inflammation et d'une suppuration considérables. C'est pourquoi il ne faut pas s'attendre à ce que l'examen après la mort, ou que les symptômes individuels pendant la vie, doivent être très-différents de ceux de la péritonite, etc., vu que la simple distinction se trouve dans la complication d'une influence maligne, et en ce que la malade n'est point soulagée par les saignées, et ne peut les supporter aussi abondantes qu'elles auraient dû l'être dans la maladie simple. — La description de cette fièvre devra donc être, dans un grand nombre de points essentiels, la même que celle de la métrite, etc. — La fièvre puerpérale maligne commence d'une manière insidieuse sans ce tremblement qui indique ordinairement l'approche d'une maladie grave. Mais généralement le tremblement est senti, et il varie considérablement pour le degré, étant léger ou fort. Les premiers symptômes, indépendamment du frisson, sont la fréquence du pouls, l'oppression, les nausées, ou les envies de vomir, la douleur de tête, particulièrement au-dessus des sourcils. Les nuits sont passées avec peu de sommeil, beaucoup de confusion, et quelquefois un léger délire. Il ne faut pas cependant oublier que, dans beaucoup de cas, il n'y a point de maux de tête dans aucune période de la maladie, ni aucun mal de cœur, ni aucun vomissement dès le début. Chez quelques femmes, le caractère, dès le commencement, devient excessivement irritable ; chez d'autres il y a une grande timidité, ou de l'insouciance, ou de l'apathie. Les symptômes hystériques se montrent fréquemment; ou des nerfs particuliers deviennent sensibles : ou bien les organes des sens sont affectés : ainsi quelques malades s'imaginent entendre un morceau de musique. Dès le début de la maladie, ou bientôt après, la douleur se fait sentir dans le ventre, d'abord légère, puis elle augmente, et dans quelques cas le ventre devient si sensible que même le poids des couvertures produit de la douleur. Une plénitude générale du ventre précède cette sensibilité, ou du moins l'accompagne dès le premier abord, et ce gonflement augmente ordinairement assez rapidement et peut s'étendre si loin qu'il rend la malade presque aussi grosse qu'elle l'était avant la délivrance, et dans ces cas-là la respiration devient très-gênée. A la vérité, dans tous les cas, la respiration est plus ou moins affectée, vu que l'action des muscles abdominaux, qui concourent à cette fonction, cause de la douleur. Le degré de celle-ci, son siége et l'époque de son apparition varient dans différents cas. Dans quelques-uns, elle commence évidemment dans l'utérus, et ne disparaît jamais entièrement, étant sujette à s'exaspérer fortement, et à s'accompagner d'un sentiment d'efforts expulsifs. La région utérine est douloureuse, particulièrement d'un côté. L'orifice utérin n'est pas plus sensible au toucher que d'ordinaire. Il y a généralement de la douleur dans le dos. Dans d'autres cas, elle se fait d'abord sentir vers les côtes inférieures, d'un seul côté, et elle est accompagnée de toux; le ventre est tuméfié et sensible à la pression ; mais, excepté cela ou lorsque la malade se tourne, elle s'en plaint peu. Quelquefois une douleur intense, comme un spasme, se fait sentir dans la région ilia-

(1) Elle régna surtout à Paris en 1746, à Dublin en 1767, à Édimbourg en 1778, à Londres en 1787-88, à Glascow en 1819, une seconde fois à Édimbourg en 1821, 1822, et à Paris en 1829. La dernière fois qu'elle fut épidémique à Glascow, ce fut dans l'été de 1835.

que et s'étend jusqu'à la cuisse et vers la vessie et le pubis. Le visage est quelquefois animé, les joues sont généralement recouvertes d'une large plaque d'un rouge foncé, tandis que le front et les autres parties ont un teint cadavéreux et sont baignés de sueurs. Toute la physionomie annonce de l'anxiété, sinon de la terreur, et une grande faiblesse. Les vomissements surviennent fréquemment dès le commencement, et dans ce cas-là ils sont bilieux. Dans le cours de la maladie, ils deviennent quelquefois si fréquents que rien ne peut séjourner dans l'estomac. Et vers la terminaison de la fièvre, le liquide rendu est noirâtre et souvent fétide. Ceci est un symptôme qui, autant que j'ai pu l'observer, indique toujours s'il ne provient pas d'un tissu morbide, quelle que soit la maladie dans laquelle il apparaît, une perte totale de la tonicité de l'estomac. Mais, pour continuer l'histoire de la maladie, on remarque un grand abattement d'esprit, de la langueur avec une faiblesse générale des fibres musculaires, et la malade est couchée principalement sur le dos ; ou bien il y a une telle insouciance que, quelquefois, elle ne pousse aucune plainte. La peau n'est pas très-chaude, mais elle est plutôt collante et relâchée. La langue est pâle ou blanche d'abord, mais ensuite elle devient brune, et des aphthes paraissent uniformément dans le gosier, s'étendent en bas de l'œsophage et dans tout l'intérieur de la bouche. A cause de l'irritabilité de l'estomac et des intestins, il est probable que ces organes participent à l'état de sensibilité, et, d'après la toux qui est provoquée, la partie supérieure du larynx paraît aussi être affectée. On a déjà dit que, dès le début, le pouls était très-fréquent, et il est à cette période plus plein que dans la simple péritonite, mais il devient bientôt faible. La soif n'est pas toujours grande, du moins la malade ne pense pas souvent à boire. Les intestins sont souvent d'abord constipés, mais ensuite, surtout vers le troisième jour, ils deviennent ordinairement relâchés, et les selles sont noires, fétides et souvent écumeuses. Cette évacuation paraît apporter du soulagement. Il est vrai que souvent, dans cette maladie, on remarque, soit après une évacuation spontanée ou artificielle, ou quelquefois sans aucune cause sensible, un calme trompeur, et l'on suppose que la patiente va mieux ; mais, dans ces cas-là, je ne saurais dire si je me rappelle jamais avoir trouvé une amélioration correspondante dans le pouls, et par conséquent je ne place aucune foi dans le soulagement apparent L'urine est noirâtre, elle dépose un sédiment brun, elle est rendue fréquemment et avec douleur. L'écoulement des lochies est diminué, ou il est fétide, ou il a une autre apparence, ou bien il cesse par degrés. Et il est bon d'observer que la réapparition des lochies, si elles ont été entièrement supprimées, ce qui n'est pas rare, n'est point critique. La sécrétion du lait s'arrête et la malade s'informe rarement de son enfant. Dans quelques cas, j'ai rencontré des symptômes de pleurésie. A mesure que la maladie s'avance, le pouls devient plus fréquent et plus faible ou tremblant. Dans les cas graves, le gonflement du ventre augmente rapidement. Mais la douleur n'est pas en proportion du gonflement, étant quelquefois moindre lorsque le gonflement est au plus haut degré, et sur la fin généralement elle disparaît entièrement. La respiration devient laborieuse à mesure que le ventre grossit. Les forces s'abattent, le pouls toujours fréquent devient faible et tremblant, le gosier et la bouche deviennent gangréneux, les selles peut-être passent involontairement. Le hoquet survient quelquefois, et la malade meurt ordinairement avant le cinquième jour de la maladie, mais, dans quelques cas, pas avant le quatorzième ; dans d'autres, dès le second jour. Dans quelques exemples, la mort est précédée d'un léger délire ou de stupeur. Dans d'autres, l'esprit reste sain jusqu'à quelques minutes avant la mort, et la malade expire après un accès de convulsion.

Cette fièvre fait son invasion généralement, dès le second ou quelquefois le troisième jour après l'accouchement, mais elle ne s'est montrée aussi qu'après une semaine. Plus tôt elle attaque, plus grand est le danger, et peu de femmes en reviennent lorsque le ventre est très-gonflé. — A la dissection, on trouve dans l'abdomen une quantité considérable de liquide semblable à celui que l'on rencontre dans la péritonite. La membrane graisseuse des intestins et le péritoine sont enflammés à un degré variable, quelquefois considérablement, quelquefois très-légèrement, et la gangrène est rare. Le gonflement n'est proportionné ni à l'inflammation ni à l'épanchement et n'en dépend point dans tous les

cas, mais bien du boursoufflement des intestins, résultant de ce relâchement des fibres musculaires qui est si commun dans l'état puerpéral, et surtout dans une maladie puerpérale. Quoique l'utérus soit quelquefois le principal siége de la maladie, et que de temps en temps on le trouve considérablement enflammé, cependant en général il n'est pas plus affecté que les intestins. Dans quelques cas, les organes thoraciques sont enflammés, autant que les intestins, ou ils peuvent être exclusivement affectés. Dans les deux cas on trouve dans la poitrine un épanchement séro-purulent.

Cette maladie est très-commune et très-souvent mortelle dans les hôpitaux. — Dans la pratique particulière elle a un caractère moins malin, quoiqu'elle soit cependant très-dangereuse. Elle est quelquefois épidémique, mais je ne sache pas qu'elle ait constitué plus de deux fois, dans cette ville, une épidémie très-forte. Dans quelques cas, il était très-facile de suivre la contagion d'une femme à une autre. Dans les hôpitaux elle s'est montrée évidemment contagieuse. On s'est beaucoup disputé pour savoir si la contagion était d'une espèce particulière, ou bien celle du typhus, de l'érysipèle, ou de la gangrène d'hôpital; si elle dépendait de quelque constitution malsaine de l'atmosphère, jointe à l'absorption d'une matière putride (1). La maladie paraît dépendre de l'inflammation du péritoine, jointe à l'action de quelque poison débilitant plus ou moins contagieux. Elle n'est point liée à l'état puerpéral, excepté qu'autant que l'hémorrhagie semble y prédisposer; mais quand elle est épidémique elle se montre aussi bien après un accouchement prompt et facile qu'après un travail plus douloureux. Il est aussi, je pense, établi que non-seulement des individus différents peuvent avoir les symptômes de l'inflammation plus ou moins intenses, mais aussi que des épidémies particulières offrent une péritonite plus ou moins saillante, plus ou moins aiguë, et que dans d'autres il y a beaucoup de gonflement avec peu de douleur. J'ai établi plus haut que l'inflammation ainsi qu'une autre maladie locale pouvaient résulter aussi bien de causes agissant sur l'origine des nerfs, que de celles qui sont appliquées sur la partie elle-même. Dans cette maladie je suis porté à attribuer l'effet aux premières causes, mais je ne me suis pas encore assuré de l'existence d'une augmentation, dans la vascularité, etc., de l'enveloppe de la moelle épinière.

L'on présume le diagnostic de cette maladie plutôt par la connaissance que l'on a de l'existence d'une épidémie, que d'abord d'après quelque symptôme spécial. L'on trouve aussi que, bientôt, les signes de prostration sont plus grands que l'on ne s'y attendrait, à cette période, d'une simple inflammation, et la saignée soulage moins, même pendant quelques minutes. — Cette maladie est dangereuse en proportion de la malignité de la cause et de l'état de la malade. Tous les auteurs s'accordent à dire que, dans les hôpitaux, elle est surtout mortelle, et que peu de femmes en reviennent. Dans la pratique particulière la maladie est plus bénigne, cependant elle très-grave. — Quant au meilleur mode de traitement, il y a une grande différence dans les opinions (1);

(1) Quand cette fièvre règne, la plupart des femmes, après l'avortement, y sont exposées aussi bien que celles qui sont parvenues à neuf mois de leur grossesse. Des femmes non mariées qui soignaient la malade sont aussi mortes avec plusieurs des symptômes de la maladie. Les malades qui font des fausses couches courent grand risque de mourir, et quand elles se trouvent dans ce cas, il y a presque invariablement de la douleur dans le ventre, avec une tympanite, et dans la plupart des cas, on trouve, à l'examen du cadavre, de l'inflammation et de la suppuration.

(1) Le docteur Denman, vol. II, p. 493, regarde la fièvre puerpérale comme contagieuse. Il conseille fortement de saigner de bonne heure, de donner l'émétique ou une préparation antimoniale, de manière à faire vomir, à purger ou à produire une transpiration; et si cela réussit, il répète la dose, et il emploie les lavements, les fomentations, les sangsues et les vésicatoires; il donne un opiacé la nuit, et un laxatif le matin; ou, s'il y a une forte diarrhée, il emploie les lavements émollients. On devra soutenir les forces par de l'éther nitré ou par d'autres cordiaux.—Le docteur Leake, vol. II, a beaucoup de confiance dans la saignée. Si la malade a des maux de cœur, il donne un doux vomitif, sinon, les laxatifs, et puis les antimoniaux; il applique des vésicatoires, et sur la fin de la maladie il calme la diarrhée par des opiacés, et il prescrit le quinquina. — Le docteur Gordon, page 77 et seq., compte beaucoup sur une copieuse saignée

ce qui dépend en partie de ce qu'on donne le nom de fièvre puerpérale à différentes maladies. Je suis fâché de trouver plus aisé d'énumérer les médi-

---

faite de bonne heure, en tirant d'abord de 20 à 24 onces de sang, et en administrant des purgatifs avec le calomel et le jalap; il se guide plutôt par la période de la maladie que par l'état du pouls; il saigne, quoiqu'il soit faible. — Le docteur Butter purge et saigne seulement lorsqu'il y a une inflammation bien marquée, et se contente souvent de ne tirer que trois onces de sang à la fois, lorsqu'il y a une exaspération. — Le docteur Manning saigne très-rarement, mais il se repose sur les émétiques et sur les purgatifs, et il emploie l'émétique du docteur Denman, qui se compose de deux grains de tartre stibié, avec deux onces d'yeux d'écrevisse, et la dose à prendre est depuis trois grains jusqu'à dix. — Le docteur Walsh est contre la saignée, et il conseille les émétiques suivis des opiacés et des cordiaux. — Le docteur Hulm a confiance dans les lavements, les purgatifs et les diaphorétiques, et il ne saigne que lorsqu'il y a de la douleur à l'hypogastre accompagnée de violents tiraillements et d'un pouls ferme. Même alors, il saigne médiocrement. — M. Doulcet conseille les émétiques répétés, suivis de potions huileuses et de quinquina combiné avec le camphre. — M. Whyte est contre la saignée. Il donne d'abord un doux émétique, suivi d'un laxatif et de diaphorétiques; ensuite il donne le quinquina, avec l'acide sulfurique, et il soutient les forces. — Le docteur Joseph Clarke a surtout confiance dans les purgatifs salins et dans les fomentations. — Le docteur John Clarke, dans ses excellents essais, défend la saignée et conseille le quinquina, aussi largement que l'estomac pourra le supporter. On doit donner aussi l'opium, avec une quantité modérée de vin et de sagou. S'il y a une forte diarrhée, on devra mettre de côté le quinquina, jusqu'à ce qu'on ait donné de la rhubarbe, ou un vomitif, s'il y a quelque douleur dans le ventre. — Le docteur Kirkland saigne seulement si la malade a eu une petite hémorrhagie utérine, et si le pouls l'indique. Il emploie les laxatifs, et sur la fin, le quinquina et le camphre. — Le docteur Hull considère la maladie comme une simple inflammation du péritoine, qui peut envahir trois classes de femmes, les robustes, les faibles, et celles qui sont dans un état intermédiaire. Dans la première, il saigne et purge; dans la seconde, il commence par les émétiques, et termine par le quinquina; et dans la troisième, il saigne avec une grande précaution. — Le docteur Hamilton conseille de traiter la fièvre puerpérale comme la putride. — Guinot, Allan et d'autres auteurs recommandent le carbonate de potasse, à la dose de dix ou quinze grains. — M. Vigarous se joint à ceux qui considèrent cette maladie, non comme une fièvre d'une espèce particulière, mais comme une fièvre qui varie selon les circonstances. « Elle commence souvent, dit-il, avant l'accouchement, mais elle n'est formée que vers le troisième jour qui le suit. » Il établit cinq espèces différentes : 1° la gastro-bilieuse, qui procède d'une accumulation de bile pendant la grossesse. Le symptôme essentiel de cette espèce de fièvre, c'est une douleur intense dans l'hypogastre. Il conseille d'abord l'ipécacuanha, sur lequel il compte principalement, ensuite les lavements, les laxatifs et le julep salin. 2° La putride bilieuse, qui est causée en saignant ou en négligeant les évacuants dans la première espèce, ou qui même sans aucun mauvais traitement peut d'abord être si violente, que la matière bilieuse est absorbée. Elle est marquée par une grande faiblesse, par un pouls petit et intermittent, par une tumeur à l'hypogastre, avec une douleur aiguë et des symptômes putrides, tels que des aphthes, des vomissements, des selles fétides, etc. Il conseille les vomitifs, les laxatifs et le quinquina à haute dose, avec des acides minéraux, et les lavements contenant du camphre. 3° La fièvre pituiteuse, suivie de vomissements de pituite. La surface est pâle, le pouls n'a point la force ni la fréquence qu'il a dans la première espèce; la chaleur, en général, n'est pas augmentée; il y a de l'anxiété, de la pesanteur et du vertige, plutôt qu'un mal de tête, souvent des taches de la miliaire, les symptômes ordinaires, tels que la douleur de ventre et la cessation de douleur dans les seins. Il donne des vomitifs, et ensuite trois ou quatre grains d'ipécacuanha, toutes les trois heures. S'il emploie les purgatifs, il les associe aux toniques. 4° La fièvre accompagnée de la phlogose ou de l'inflammation de la matrice, marquée par une grande pesanteur dans le bassin, du gonflement, de la douleur et de la dureté dans le bas-ventre, par la suppression des écoulements, un pouls fort et fréquent, une fièvre aiguë et une physionomie pas aussi abattue que dans la forme putride. Il conseille la saignée, les sangsues et la diète. Les mêmes remèdes, avec des vésicatoires, doivent être employés s'il survient des symptômes

caments qui ont échoué que ceux qui ont réussi. J'ai établi que, dans l'inflammation du péritoine, la saignée et les laxatifs sont les principaux remèdes; mais,

---

de pleurésie. 5° La fièvre sporadique causée par le froid, les passions de l'âme, etc. La fièvre puerpérale, selon lui, est sujette à se terminer par des dépôts de lait, dans le cerveau, la poitrine, les jambes, etc. — Le docteur Armstrong regarde cette fièvre comme décidément inflammatoire. Il a confiance dans la saignée faite de bonne heure, et suivie d'une large dose de calomel, depuis un scrupule jusqu'à un demi-gros, aidée ensuite d'une infusion de séné avec des sels purgatifs. Plus tard, il paraît, après avoir rencontré d'autres états, compter davantage sur la saignée suivie de l'emploi de l'opium à haute dose. — Le docteur Brenan a publié un mémoire dans lequel il recommande, à la place de la saignée, l'emploi à haute dose d'huile de térébenthine, à l'intérieur, et à l'extérieur l'application sur le ventre d'un linge imbibé de ce médicament. — M. Hey n'a aucun doute sur la nature inflammatoire de la maladie; il a une entière confiance dans la saignée pratiquée de bonne heure et copieusement, et dans l'emploi du jalap et du calomel, avec d'autres cathartiques, de manière à entretenir une diarrhée pendant deux ou trois jours, ou plus longtemps s'il était nécessaire. — Hufeland applique des cataplasmes froids sur l'abdomen. — Gardien admet six espèces; 1° la fièvre puerpérale, compliquée de la fièvre angioténique ou synoque, marquée par les symptômes brûlants de cette fièvre. Elle doit être combattue par un régime strictement anti-phlogistique. La saignée n'est permise que dans les constitutions très-robustes et très-pléthoriques. L'application d'une douzaine de sangsues à la vulve ou à l'anus est plus sûre. L'allaitement est le meilleur remède, et le préservatif le plus sûr. 2° De la fièvre adénoméningée ou muqueuse. On la rencontre souvent, et elle est plus lente et plus insidieuse; la langue est sale, et la douleur abdominale obtuse. Elle doit être traitée par des amers et des toniques. 3° De la fièvre méningo-gastrique, ou d'un état bilieux, marquée par une teinte jaune, par une douleur épigastrique, par des nausées, par un mauvais goût, etc. Dans ce cas-ci, la douleur atroce du ventre ne procède pas toujours d'une inflammation. On doit la combattre par des émétiques ou des purgatifs, selon que l'estomac ou les intestins paraissent être le plus affectés. 4° De la fièvre adynamique ou putride. Elle est la plus mortelle, mais elle est très-rare; elle est marquée par une grande faiblesse, un pouls petit, une bouche sèche, la pâleur, et par une diarrhée fétide. La douleur est moins aiguë et le gonflement provient des gaz. Il ne faut employer ni la saignée ni les toniques actifs, tels que le quinquina, mais plutôt une espèce de traitement négatif, en donnant de la limonade et de la crème de tartre, et peut-être du camphre. 5° De la fièvre ataxique, ou marquée par des symptômes nerveux, tels que le hoquet, les convulsions, etc. 6° Des autres phlegmasies locales, telles que celles du cerveau, des poumons, etc. — Le docteur Campbell et le docteur Macintosh ont tous les deux écrit sur la fièvre puerpérale, et la regardent comme inflammatoire non contagieuse, que l'on ne peut guérir que par des évacuations copieuses. Leur traitement consiste à saigner largement au bras, à fomenter le ventre, et à y appliquer, ainsi qu'à la vulve, depuis 60 jusqu'à 100 sangsues, en y joignant aussi l'emploi des purgatifs, tels que le calomel, avec l'antimoine et des lavements. — Le docteur Douglas, dans le huitième volume *Of Dublin hospital report*, divise la maladie en trois espèces, l'angioténique, la gastro-bilieuse et l'épidémique ou la contagieuse. Dans la première, il conseille des saignées copieuses, des purgatifs, etc. Dans la seconde, des saignées plus modérées, et le calomel à la dose de dix grains, et l'huile de castor. Dans la troisième, la même dose de calomel, avec l'opium et un lavement. Ensuite, depuis deux jusqu'à quatre douzaines de sangsues sur l'abdomen, et de l'huile pure de térébenthine, à la dose de trois gros. — Dans le journal d'Edimbourg, pour le mois de juillet 1804, on lit un mémoire écrit sur cette maladie, telle qu'elle s'est montrée à Vienne, et un extrait des opinions de Boër. Dans cette ville on remarqua des symptômes de vascularité et de turgescence dans toutes les cavités, et dans la plupart des cas il existait une inflammation du péritoine. L'utérus était peu contracté, son tissu mou et sensible, et sa surface interne gangréneuse; état qui dans tous les cas régnait surtout à l'orifice utérin. Elle était regardée comme non contagieuse. Le traitement consistait principalement dans la saignée, l'application de sangsues, les lavements, les vésicatoires, et puis les stimulants diffusibles, mais rarement avec succès. — La maladie fut, dans l'année 1819, épidémique dans cette ville, et plus spécialement dans les faubourgs, surtout vers l'est,

dans cette maladie, la saignée doit être employée avec une plus grande précaution. Il faut y recourir de très-bonne heure, et elle ne doit point être poussée trop loin. Mais le degré précis jusqu'où on peut aller prudemment doit dépendre de la nature de l'épidémie et de la constitution de la malade, aussi bien que des symptômes spéciaux du cas particulier. Je suis entièrement convaincu que, dans une simple péritonite, la lancette est l'ancre du salut, si l'on peut entretenir quelque espoir; mais, dans la fièvre contagieuse ou puerpérale, il faut l'employer avec circonspection, et on doit y compter moins. Je connais par expérience les bons effets qui suivent souvent la saignée pratiquée de bonne heure dans le typhus, ou dans une fièvre contagieuse; et par conséquent je n'ai aucune objection contre ce remède, dans cette maladie contagieuse. Je l'ai au contraire employée moi-même hardiment, et je l'ai vu faire par d'autres praticiens, et j'ai été conduit à cette méthode hardie par le témoignage général que l'on rendait à son utilité, aussi bien que par la terminaison mortelle de la maladie sous un autre traitement. Je suis cependant convaincu par l'observation, que si ce remède est utile, c'est dans la première période et qu'on ne peut l'employer trop tôt. Si la maladie a fait quelques progrès, je ne l'ai jamais trouvé utile comme les autres remèdes, particulièrement les purgatifs; la saignée a été suivie d'un soulagement apparent, mais le pouls n'était point abattu ni la malade guérie. Ma conviction est donc, et si une opinion émise dans un ouvrage élémentaire doit in-

---

J'ai fait des recherches particulières sur le traitement qu'on employa, et je crains qu'il n'ait pas été aussi heureux que les médecins auraient pu le désirer, quoique l'on mît le plus grand soin et la plus grande promptitude. Dans quelques cas, on négligea la saignée, et l'on employa la méthode tonique, mais sans effet. Je trouvai que l'opinion générale était en faveur de la saignée, en même temps que l'on admettait entièrement qu'elle échouait ordinairement. Le docteur J. Watson m'a dit que, dans la plupart des cas qu'il rencontra, la maladie paraissait commencer comme la métrite, et qu'elle s'étendait au péritoine. Les saignées copieuses, les vésicatoires et l'opium à hautes doses, furent les remèdes qu'il employa, et il n'y eut que dans un cas qu'il crut la térébenthine utile. M. S. Clark marque expressément, dans un écrit qu'il m'envoya, que tous les cas qu'il vit guérir, et sa pratique était très-étendue, pendant la maladie, c'était au moyen d'évacuations très-copieuses, procurées par la saignée et les purgatifs. Après une saignée copieuse, de fortes doses de calomel furent utiles, dans l'épidémie qui régna dernièrement à Kilsyth, mais aucune malade, dans cette ville ni dans le pays environnant, ne réchappa sans la saignée. D'abord il essaya la méthode tonique, mais il échoua généralement, tandis qu'il dit qu'un tiers fut guéri par l'autre méthode, quand on l'employait de bonne heure et hardiment chez les constitutions préalablement saines. — Le docteur Cusac établit trois espèces, une qui supporte la saignée, une autre qui ne supporte pas même les sangsues, une troisième dans laquelle elles sont utiles, mais la saignée est nuisible. — M. Dance regarde cette maladie comme une phlébite, et la traite en conséquence. M. Tonnellé la regarde, soit comme la période de suppuration ou ce qu'il appelle la période typhoïde de la phlébite, ou comme une forme ataxique particulière, dans laquelle les lésions cadavériques ne sont nullement proportionnées à l'intensité des symptômes. Il emploie les sangsues, l'ipécacuanha, les frictions mercurielles, les cataplasmes de graine de lin, les injections dans l'utérus, et la quinine. — M. Nonat admet aussi l'inflammation de la matrice. M. Velpeau semble penser que la lésion de la symphyse du pubis précède la phlébite. — Le docteur Lee la regarde comme décidément inflammatoire. Mais lorsque le tissu profond de l'utérus, les veines et les vaisseaux absorbants sont affectés, il prétend que les sangsues valent mieux, en général, que la saignée. — M. Dubois, quand je visitai la Maternité, me dit que lorsqu'il adaptait son traitement à la condition de ce cas individuel, il préférait, en général, les sangsues à la saignée. — Le docteur Collins a vu la maladie commencer même avant l'accouchement, mais la plus grande proportion des cas eut lieu le premier, puis le second jour après la délivrance. Le plus grand nombre des femmes moururent depuis le second jusqu'au quatrième, mais surtout le troisième jour. Il conseille l'application de trois ou de quatre douzaines de sangsues, le bain chaud et quatre grains de calomel, avec parties égales d'ipécacuanha, toutes les deux, trois ou quatre heures. Trois ou quatre cents grains ont été donnés. Il leur associe souvent l'opium; mais il emploie rarement la saignée.

fluer sur la conduite de ceux qui le lisent, je ne puis l'établir sans apprécier la haute responsabilité que j'assume, elle est, dis-je, que la saignée est seulement permise dans le commencement de la maladie, et si alors on n'en retire aucun avantage, il ne faut pas répéter l'évacuation sanguine. Il est de mon devoir de dire, et je le fais d'autant plus que des juges excellents ont une opinion opposée, que je n'ai jamais vu aucune malade revenir, après avoir été largement et plusieurs fois saignée, et que les cas heureux dans ma pratique sont parmi les femmes qui n'ont point été saignées du tout, ou qui l'ont été de bonne heure, pas plus d'une fois, et peu abondamment. En même temps, je veux bien admettre qu'il faut compter pour beaucoup la constitution de la malade aussi bien que la spécialité de l'épidémie, et les circonstances particulières. Si la saignée est utile, saignons de bonne heure, et soyons guidés par ses effets.— L'application de nombreuses sangsues sur l'abdomen, suivie de celle d'un cataplasme chaud, est plus utile qu'une saignée répétée, et dans beaucoup de cas elle est plus sûre et plus efficace, même dès le commencement de la maladie.

Dès son apparition, il sera bon, en même temps que l'on saignera ou que l'on appliquera des sangsues, de donner immédiatement quelque médicament purgatif, à une dose telle qu'il purgera légèrement les intestins sans les irriter; comme, par exemple, une forte dose de calomel, ou une quantité modérée d'huile de ricin, une infusion de séné, ou une solution de sulfate de magnésie. Aussitôt que le médicament aura agi, on devra donner un opiacé, soit seul, soit combiné avec le calomel; les opiacés, après le purgatif, ont pour effet de calmer l'irritation et la douleur et d'arrêter une diarrhée trop forte, si elle survenait. Il ne faut pas laisser la diarrhée durer long-temps, et il faut toujours l'arrêter, à moins qu'elle ne procure évidemment du soulagement et que les matières fécales ne soient très-fétides. Dans ce cas-là, le calomel et les dissolvants devront être employés; s'il y a ténesme, on devra donner des lavements anodins, après l'administration du calomel. Dans tous les cas, il faut faire une grande attention aux intestins, employer de doux purgatifs et des lavements, lorsqu'il n'y a pas de diarrhée; lorsqu'elle existe, restreindre les doses, et les faire alterner avec des lavements opiacés. On apaisera les vomissements par l'opium, ou par un cataplasme opiacé appliqué sur la région de l'estomac: quelquefois les sels sont utiles. On a cru que les nausées indiquaient la nécessité d'un émétique; si on ne peut obtenir aucun soulagement des vomissements naturels, ce que la plupart des praticiens admettent, je ne vois pas que les vomissements artificiels puissent être utiles, et l'expérience ne confirme pas la pratique. Des embrocations anodines ou rubéfiantes calment quelquefois la douleur de ventre, mais si le poids d'un cataplasme chaud peut être supporté, il est en général plus utile. L'application répétée de vésicatoires a été vantée par quelques auteurs, mais je suis porté à penser, de concert avec le docteur Clarke, qu'ils provoquent plutôt une irritation nuisible. Des linges imbibés d'huile de térébenthine, appliqués sur le ventre, produisent une irritation moins générale, et sont au moins aussi efficaces, pour ne pas dire plus, à calmer la douleur interne; les forces devront être soutenues par une nourriture légère, et à la fin par une quantité modérée de vin, ou par d'autres cordiaux associés à de la quinine. On a donné la digitale et les autres diurétiques pour faire absorber le liquide épanché, mais ils n'ont aucun effet. Quelques praticiens ont retiré le liquide par la paracentèse. Les émétiques et les antimoniaux font, je le crains, en général plus de mal que de bien. Le mercure a été recommandé par quelques auteurs, mais il est rarement, s'il est jamais utile.

CHAPITRE XVIII.

DU GONFLEMENT DE LA JAMBE.

Le gonflement des extrémités inférieures, chez les femmes en couches, est ordinairement précédé des signes d'une irritation utérine et d'une sensibilité des parties situées au dedans du bassin, souvent de symptômes inflammatoires qui s'étendent plus haut dans la cavité abdominale, jusque même dans le diaphragme. Dans un grand nombre de cas, cette affection paraît être secondaire, c'est-à-dire qu'elle vient après quelque maladie bien marquée de l'intérieur du bassin qui peut-être dure depuis quelques semaines. Dans d'autres, elle paraît sans aucune affection préalable. — Environ quinze jours après la délivrance, quel-

quefois dès le sixième jour, quelquefois après la sixième semaine, la malade se plaint d'une douleur dans le bas-ventre, augmentée par la pression, et quelquefois elle a de la douleur et de la difficulté quand elle urine. La région utérine est un peu tuméfiée, le pouls est fréquent, la peau chaude, la soif augmentée, et ces symptômes sont précédés de tremblements ; un engourdissement et de la douleur se font sentir alors dans l'une des aines près du passage du ligament rond, ou de la sortie du tendon du muscle psoas, ou dans quelques cas, vers l'origine des muscles couturier et droits. La douleur est accompagnée de gonflement, tous les deux peuvent descendre par degrés dans le membre, mais le plus souvent la douleur se fait sentir tout-à-coup à l'intérieur du mollet, ou au genou, près l'insertion du muscle *couturier*, et elle est très-aiguë dans la direction de ce muscle ; elle s'étend aussi jusqu'en bas du talon, ou le long des rameaux du nerf saphène, qui se distribuent à la jambe. Il y a généralement un épaississement ou une dureté dans les tuniques de la veine saphène, et elles sont extrêmement sensibles à la pression. Quelquefois il n'y a point de trouble dans le ventre, et le premier symptôme est une douleur soudaine dans le mollet. Vingt-quatre heures après que la douleur s'est fait sentir, le membre gonfle et devient tendu ; il est chaud, mais sans rougeur ; il est plutôt pâle et un peu luisant. Le gonflement s'étend quelquefois de l'aine au bas de la jambe ; mais dans la plupart des cas on le remarque d'abord vers le mollet, et il s'étend en haut : il est généralement suivi d'une diminution et non d'une cessation de la douleur ; en même temps que la douleur, il existe un état de paralysie dans le membre. L'impossibilité de le mouvoir ne dépend pas entièrement de la douleur, mais aussi d'un manque de volonté sur les muscles. Le pouls d'abord n'a peut-être que quatre vingts pulsations, mais il devient bientôt très-fréquent, ayant souvent cent quarante pulsations à la minute, et généralement il est petit et faible, mais dur. La langue est blanche et humide, le teint d'une pâleur chlorotique, la soif est considérable, il y a perte d'appétit ; les intestins sont ou resserrés et les selles sont couleur d'argile, ou ils sont relâchés et les selles sont très-fétides ou bilieuses ; l'urine est trouble, l'écoulement des lochies s'arrête quelquefois ou devient fétide ; dans d'autres cas il n'est nullement dérangé. Les nuits se passent sans sommeil, et la malade transpire abondamment. Toutes les parties situées à l'intérieur du bassin sont sensibles, et l'orifice utérin est ouvert, mais pas plus douloureux au toucher que les parois du vagin, ou les muscles internes.

La période à laquelle le gonflement atteint son maximum est variable, mais souvent il s'accomplit dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures ; il donne rarement au membre plus du double de sa grosseur ordinaire. Généralement dans les dix jours, quelquefois même au bout de deux ou trois jours, les symptômes fébriles, le gonflement, etc., s'abattent ; mais ils peuvent se prolonger davantage, et rarement ils disparaissent entièrement, si ce n'est après une quinzaine, peut-être après un temps plus long. Lorsqu'ils cessent, ils laissent la malade faible et le membre raide, débile et souvent pendant quelque temps paralysé. Pendant la durée de la convalescence, l'on sent fréquemment des tumeurs dures dans les différentes parties du membre, surtout à sa partie postérieure et interne. Elles paraissent être des nodosités qui se forment autour de la tunique superficielle des veines. Au haut de la cuisse on sent souvent les ganglions inguinaux gonflés, même dès le commencement de la maladie ; mais, dans quelques cas, je ne les ai trouvés nullement affectés.

Si l'on fait une ponction à la peau, il ne s'écoule aucune sérosité, du moins pas de la même manière que dans l'anasarque, et le gonflement n'est point augmenté par la position verticale. — Souvent la malade est atteinte d'une inflammation dans quelque partie en rapport avec la cavité abdominale, comme, par exemple, d'une pleurésie diaphragmatique, et lorsqu'on espère avoir combattu cette maladie par la saignée et les vésicatoires, on est désappointé de voir apparaître une nouvelle série de symptômes, ceux qui appartiennent au gonflement de la jambe. — Quelquefois la maladie commence comme un rhumatisme affectant le dos et l'articulation de la hanche ; puis la partie supérieure de la cuisse devient douloureuse et gonflée ; ensuite le mollet et la jambe causent de la douleur. Quelquefois la malade sent d'abord une jambe plus froide que l'autre ; souvent la maladie est très-bénigne et est accompagnée de peu de gonflement. C'est ce qui arrive lorsqu'elle se montre

tard et qu'elle est dès les premiers moments combattue vigoureusement.

Dans quelques cas, la malade a éprouvé des douleurs d'enfantement s'étendant avec violence vers la jambe. Au bout de quelque temps, elles se sont calmées; mais, vers l'époque ordinaire, le gonflement s'est déclaré. — Dans plusieurs cas, la suppuration s'est établie, la mortification des parties est aussi survenue, et l'amputation a été nécessaire à cause des suites. Si la maladie suit son cours ordinaire, il s'écoule toujours un long espace de temps avant que la malade se rétablisse, car le gonflement ne disparaît pas de suite entièrement, et les forces sont long-temps à revenir. Dans quelques cas, le membre reste toujours gonflé et faible. — Après qu'une jambe a été affectée, et même avant que la maladie n'ait parcouru toutes ses phases, l'autre jambe peut se prendre, et cette nouvelle maladie n'a aucune influence sur la marche de l'autre. La seconde est quelquefois plus mauvaise à cause peut-être de la faiblesse préexistante. La malade ressent du froid dans l'autre jambe avant que le paroxysme ne survienne, et la douleur dans le ventre précède l'attaque. La première jambe peut être une seconde fois atteinte de la maladie. Dans un cas, les extrémités supérieures et inférieures furent successivement atteintes. L'affection du bras était précédée d'une douleur, d'un sentiment de pesanteur et d'un gonflement dans la partie latérale du thorax et du dos. Dans ce cas-ci, la dame éprouva, après une violente hémorrhagie utérine, une forte attaque de métrite qui réclama le traitement anti-phlogistique ordinaire et qui céda à ce traitement; un ou deux jours après, cette maladie se montra. D'autres auteurs font mention de ce gonflement dans les extrémités supérieures. — Ce n'est pas généralement une maladie mortelle, mais elle est longue et s'accompagne souvent de symptômes de la fièvre hectique; la mort cependant peut être produite par la suppuration ou par la gangrène, ou par un épuisement causé par la violence de la maladie constitutionnelle, ou par l'imprudence de la malade, qui a causé quelquefois une mort subite. Ou bien, après que la jambe paraît aller mieux, des tremblements quotidiens avec des vomissements, de la douleur dans d'autres parties, et un pouls rapide, annoncent une mort prochaine. A l'examen cadavérique, on trouve le membre infiltré par une fibrine fine, quelquefois il y a un grand nombre de petits abcès entre les muscles ou un énorme abcès à la jambe. Les veines, soit la fémorale ou la saphène, sont enflammées et contiennent du pus, que l'on trouve aussi peut-être dans les absorbants. Au dedans du bassin on découvre quelquefois un abcès, ou bien les ganglions qui s'y trouvent, ainsi que ceux de l'aine, sont gonflés, ou bien les articulations sont enflammées et relâchées, ou il y a des marques de péritonite, plus souvent d'inflammation des veines, particulièrement de celles de l'utérus; mais quelquefois cet organe est lui-même à l'état sain. On trouve aussi dans beaucoup de cas qu'une inflammation a existé dans le thorax. — La production de cette maladie ne paraît pas dépendre des circonstances du travail, car elle se montre après des accouchements faciles et laborieux. Les femmes qui allaitent et celles qui ne le font pas, les fortes et les faibles, en sont atteintes. Mais, quand elle se montre plus tard, elle attaque généralement celles qui ont eu des abcès dans les seins : elle a paru après un avortement, une suppression d'urine, ou un cancer de l'utérus; elle s'est montrée à un léger degré après les douleurs abdominales qui accompagnent la menstruation, et elle est revenue pendant une ou deux périodes. Ce n'est pas une maladie limitée seulement aux femmes. L'on ne découvre pas toujours quelque cause évidente d'excitation; mais, quand il en existe, c'est généralement le froid, comme, par exemple, lorsque la femme s'est tenue debout sur un parquet froid et humide. Je suis porté à en placer la cause dans un état d'irritation ou d'inflammation des parties situées à l'intérieur du bassin, qui produit quelquefois seulement de l'engourdissement et du gonflement sur le trajet du ligament rond, quelquefois une irritation des nerfs qui se rendent à la jambe. Le même effet suit très-souvent l'inflammation du diaphragme, particulièrement lorsqu'elle s'étend le long de ses piliers. Puzos et Levret regardent cette maladie comme provenant d'un dépôt de lait. Le docteur Hunter réfute cette assertion, mais il n'émet aucune opinion particulière sur la nature du mal. M. Whyte la considère comme dépendant de l'obstruction et de la rupture des vaisseaux lymphatiques; M. Trye, du gonflement des ganglions et de l'inflammation des absorbants, et le docteur Hull, d'une maladie

inflammatoire produisant tout-à-coup un épanchement considérable de lymphe dans la substance cellulaire. D'autres auteurs la regardent comme ce qu'ils appellent une inflammation sous-cutanée diffuse. Le docteur Davis est d'opinion que la principale cause c'est l'inflammation d'une ou de plusieurs grosses veines au dedans du bassin qui s'oppose au retour du sang. Le docteur Gaspar, d'un autre côté, trouva les veines à l'état sain, mais l'orifice de l'utérus et du vagin dans un état d'inflammation. M. Velpeau et le docteur Lée la considèrent comme dépendant de l'inflammation des veines du membre, liée à une phlébite utérine. Le premier la rapporte aussi à une inflammation des articulations pelviennes. Que les veines soient plus ou moins enflammées, cela paraît être établi, mais il ne s'ensuit pas que ce soit là la seule cause. Les veines hypogastriques ont été enflammées sans aucun gonflement de la jambe. Le gonflement provenant de l'inflammation des veines est généralement plus rouge que celui qui naît d'une phlegmasie dolente ; et, dans la phlébite utérine, ainsi que dans les autres variétés de la maladie, il se forme des abcès dans les parties éloignées. Je pense que les nerfs sont atteints aussi bien que les veines, et que, tandis que tous les deux systèmes peuvent contribuer à la maladie, l'on trouvera dans différents cas que l'un ou l'autre prédomine.

Si une partie quelconque de la peau, celle de la jambe par exemple, est frottée avec une substance âcre, de manière à irriter considérablement les papilles nerveuses, on trouve souvent que toute la jambe se tuméfie et qu'elle devient sensible et douloureuse. Elle est luisante, ferme, élastique, comme si un liquide était contenu au-dessous des fascias, quoiqu'il n'y en ait aucun. D'abord le gonflement est si dur, qu'il reçoit à peine l'impression du doigt; mais ensuite il cède plus promptement, et à la fin, le liquide épanché est absorbé, et le membre revient, quoique peut-être avec beaucoup de lenteur, à son état normal. C'est une modification particulière de l'inflammation, qui est liée probablement, si elle n'en dépend pas, à la lésion d'un filament nerveux, et elle s'étend sur une grande partie de la substance sous-cutanée; mais elle se termine rarement par suppuration. Cette maladie doit être bien connue des chirurgiens, et les accoucheurs peuvent y voir tout d'un coup une forte ressemblance avec la phlegmasie dolente, qui paraît être une même espèce d'inflammation, dépendant toutefois plus souvent de l'irritation du tronc ou de l'origine des nerfs que de celle de leurs extrémités. Il sera difficile de prouver qu'il y a des cas où cette maladie, dans l'état puerpéral, arrive sans aucune inflammation préalable, ou du moins sans une grande irritation des parties situées à l'intérieur ou autour de l'abdomen ; et cette affection, d'après le principe établi dans le chapitre sur la fièvre éphémère et rémittente, peut produire une fièvre générale, et des effets locaux éloignés variant selon les circonstances. La maladie locale qui est produite est sans doute inflammatoire, mais tellement modifiée, qu'elle se termine par la suppuration moins souvent qu'elle ne produit promptement une secrétion de lymphe coagulable dans le tissu cellulaire. L'état morbide des nerfs occasionne aussi de bonne heure un engourdissement du membre, indépendant de l'impossibilité de le remuer, à cause de la douleur. — Le traitement se divise naturellement en celui du membre malade et en celui de la constitution.

Notre premier objet, c'est de combattre la maladie qui existe à l'intérieur du bassin. A cet effet, on devra appliquer des sangsues en nombre plus ou moins grand, aux aines, et l'on ouvrira immédiatement les intestins par un purgatif ; ensuite on devra appliquer un petit vésicatoire à l'aine, puis sur le membre des compresses imbibées d'une solution tiède d'acétate de plomb ou d'eau chaude. Ces moyens peuvent prévenir le gonflement et le rendre moins fort. Si la maladie s'est déjà établie dans le membre, on devra appliquer des sangsues sur les places les plus douloureuses, et ensuite des fomentations tièdes ou de douces frictions avec de l'huile chaude, un baume anodin ou de l'huile camphrée. On devra tenir le cours du ventre régulier, mais la malade ne doit point être purgée; les opiacés sont utiles pour calmer l'irritation ; lorsque les symptômes aigus auront disparu, il faudra chercher à faire disparaître le gonflement, et redonner aux parties leur ton primitif par des frictions faites avec de l'eau-de-vie camphrée, ou en promenant la brosse sur les chairs, et en appliquant un bandage autour de la jambe. L'emploi à haute dose de la solution de crème de tartre est aussi utile dans beaucoup de cas. Si la maladie me-

nace de traîner en longueur, on peut appliquer de petits vésicatoires à l'aine et sur différentes parties du membre. S'il reste une grande faiblesse dans la jambe, le bain froid est conseillé, ou le bain chaud d'eau de mer si le premier ne convient pas.

Outre ces moyens, il faut aussi employer des remèdes contre la fièvre et l'affection constitutionnelle : l'on ne tire jamais aucun avantage de la saignée dans cette maladie, lorsqu'elle est bien établie, quoiqu'on puisse avoir occasion de l'employer librement pour les symptômes qui quelquefois précèdent la maladie. Quant au mal lui-même, la saignée est non-seulement inutile, mais même nuisible, vu qu'elle déprime les fibres et retarde la convalescence. L'on peut d'abord employer les potions composées de sel, mais il ne faut pas les répéter trop souvent ni les donner de manière à occasionner une forte transpiration. Au bout de quelque temps, on doit les remplacer par le quinquina, l'acide sulfurique, et les opiacés qui tendent à diminuer l'irritabilité. Dans la dernière période, je donne un peu de vin. Lorsque la douleur change de place, comme un rhumatisme, le quinquina et le calomel à petites doses sont utiles. Dans toutes les périodes, il faut tenir le cours du ventre régulier; si l'écoulement utérin est fétide, il est bon d'injecter dans le vagin de l'eau tiède ou une infusion de fleurs de camomille. Je ne puis être de l'avis de ceux qui dès le début de la maladie donnent largement du vin, vu que certainement à cette époque il existe une tendance à l'inflammation. Les aliments devront être d'abord légers, et dans le cours de la maladie légers et nutritifs. L'exposition au froid pendant les premiers temps de la convalescence peut occasionner une rechute.

CHAPITRE XIX.

DE LA PARALYSIE.

Quelques femmes, après l'accouchement, perdent pendant quelque temps le mouvement des extrémités inférieures, quoiqu'elles aient pu avoir un travail très aisé. Cette paralysie peut exister à différents degrés, et dans quelques cas les muscles sont douloureux; quelquefois elle s'accompagne d'une rétention d'urine : elle n'est pas escortée d'aucuns symptômes cérébraux. En général, la maladie disparaît au bout de quelques semaines. Les frictions, les douches, les toniques et un exercice modéré sur des béquilles, composent la base du traitement; il faut aussi tenir les intestins en bon état. — Après un accouchement laborieux ou opéré par les instruments, la femme peut éprouver une douleur excessive dans les reins et dans le dos, accompagnée d'une difficulté dans la marche et même d'une paralysie. C'est quelquefois une maladie très-ennuyeuse, mais ordinairement elle finit par s'en aller. Un bandage fortement appliqué et des embrocations anodines calment la douleur; à une période plus avancée, les bains de mer peuvent convenir.

L'hémorrhagie peut attaquer les femmes après leurs couches aussi bien qu'à toute autre époque; elle provient de la même cause et demande le même traitement ordinaire. Si la mort survient, on trouve du sang épanché dans le cerveau.

CHAPITRE XX.

DE LA MANIE ET DE LA FRÉNÉSIE PUERPÉRALES.

La maladie dont je vais parler dans ce chapitre peut se subdiviser : 1° en celle qui présente la forme la plus distincte de la folie puerpérale; l'aberration mentale est le symptôme saillant, et l'affection du corps est secondaire. Elle est rarement mortelle, et, quoiqu'elle puisse durer des mois entiers, cependant elle ne devient presque jamais permanente : je l'ai vue disparaître dans les vingt-quatre heures. L'abattement moral et la mélancolie sont une modification de cette maladie. 2° Celle où l'esprit est beaucoup moins affecté que le corps, il y a du moins une congestion des vaisseaux de la tête. 3° Celle où le principal siége de la maladie se trouve dans la moelle épinière ou dans ses vaisseaux. 4° Celle où le cerveau ou ses enveloppes sont distinctement enflammés. 5° Celle où l'état de l'esprit est lié à une affection de l'utérus, particulièrement à celle des veines. Les quatre dernières sont dangereuses et ordinairement mortelles si elles ne sont pas arrêtées dès le commencement. — Toutes les femmes, après leurs couches, sont plus irritables et plus aisément affectées corporellement et mentalement qu'à tout autre temps, quelques-unes même ont

le délire. L'époque à laquelle paraît cette maladie mentale est variable, mais rarement elle arrive avant le troisième jour, et souvent ce n'est que quinze jours ou plusieurs semaines après l'accouchement. Elle survient ordinairement d'une manière soudaine; la femme s'éveille, peut-être épouvantée par un songe, ou bien la maladie paraît être provoquée par une frayeur accidentelle. La femme est quelquefois extrêmement babillarde, parlant incessamment et généralement sur un seul sujet, supposant par exemple que son enfant est tué, ou dérobé, ou bien, quoique naturellement portée à la religion, elle peut prononcer un grand nombre de jurons avec une grande rapidité. Dans d'autres cas, elle parle moins, mais elle veut se lever et sortir. Il n'est pas, en vérité, possible de décrire les différentes variétés d'aberration, mais il y a plus souvent tendance à la folie qu'à la mélancolie; la malade reconnaît toujours les objets qui l'entourent, et elle répond à toutes les questions qu'on lui fait, ou elle devient plus exaspérée quand on lui parle. On peut, à force de persévérance, ou par un traitement convenable, interrompre pendant quelque temps le cours de la folie, ou rendre la malade obéissante. Cependant, dans quelques cas, elle raisonne bien sur sa folie : l'œil est hagard, le pouls, quand il y a une grande irritation nerveuse, ou après un exercice, est fréquent; mais la fréquence ne dure pas généralement, quoiqu'elle soit sujette à augmenter. La peau est d'abord souvent chaude, la langue blanche, la sécrétion du lait est fréquemment, mais pas toujours, diminuée; il y a de la constipation, à moins que la malade n'ait été préalablement affectée de diarrhée. La face est plutôt pâle et l'expression est celle de la crainte combinée avec la stupidité. Il y a rarement un mal de tête constant, souvent il n'y a ni douleur ni étourdissement; mais ces symptômes sont quelquefois produits avec assez d'intensité par des efforts pour aller à la selle s'ils sont accompagnés de ténesme, ou pour uriner lorsqu'il y a stranguric. Dans la forme que je viens de décrire, l'affection mentale existe presque en même temps que la maladie du corps, ou elle peut être la première circonstance qui appelle l'attention sur l'état de la malade, et il n'y a aucune fièvre permanente ou distincte.

Dans cette forme, l'on ouvrira les voies intestinales par un purgatif, et on les maintiendra ensuite dans un état régulier par des laxatifs convenables; on conservera la surface cutanée humide au moyen d'un julep salin, et ensuite on calmera l'irritation par de fortes doses de camphre. La saignée est généralement condamnée, et elle est nuisible plutôt qu'utile. Il est maintenant admis que l'hémorrhagie est souvent une cause excitante de cette maladie. Les vésicatoires ont été regardés par quelques auteurs pour lesquels je professe une grande estime, comme inutiles ou nuisibles; mais je suis sûr de les avoir vus faire du bien lorsqu'ils avaient coulé abondamment. Quand ils réussissent, ils procurent du sommeil. L'opium est un remède très douteux, il agite plus souvent la malade qu'il ne l'endort; mais, dans le déclin de la maladie, il convient dans quelques cas, et on en retire de grands avantages. Une bonne, pour ne pas dire la seule forme, sous laquelle il faut le donner, c'est la liqueur opiacée de Battley; la poudre de Dover est aussi une préparation utile s'il n'y a pas beaucoup de transpiration. On emploie à l'hôpital de Dublin la solution de tartre stibié dans la première période; lorsqu'il y a beaucoup de faiblesse, la quinine et les cordiaux, donnés en petite quantité, sont utiles. C'est un bon signe quand ils diminuent la fréquence du pouls. On a quelquefois beaucoup de peine à retenir la malade au lit, et à lui faire prendre, soit de la nourriture, soit des médicaments. Par conséquent, dans ces cas-là, il est très-avantageux de recourir de bonne heure à la camisole, qui non-seulement maîtrise la malade, mais tend à lui faire exercer un empire sur elle-même. On supportera les forces par une nourriture douce, et même s'il est nécessaire par des cordiaux. Pendant tout le cours de la maladie, on apportera la plus grande attention pour procurer et maintenir des évacuations alvines convenables : ceci est très-important. Souvent la malade urine et fait ses besoins sans le dire, non pas qu'elle ne puisse se retenir, mais par inattention ou par malice. — D'abord, on ne doit pas s'occuper de l'esprit, mais dans le cours de la maladie on peut aider la convalescence par des exercices prudents, par une conversation enjouée, par une courte lecture, par la musique, et ensuite en permettant à la malade de marcher tous les jours et de changer de pays. Quelques femmes sont particulièrement sujettes à cette maladie après l'ac-

couchement (1), à la suite d'un état d'irritation dans le système nerveux qui survient à cette époque. Dans ce cas-là, la malade, si elle est pléthorique, doit être saignée pendant la grossesse, surtout vers la fin. On devra ne pas perdre de vue les sécrétions alvines, ce que je suis porté à regarder comme de la plus haute importance. La femme doit être surveillée avec soin après la parturition. On devra ôter toute espèce d'irritation, éviter tout sujet de frayeur ou d'agitation, et le julep camphré et les laxatifs seront les remèdes convenables, vu que c'est là les moyens les plus puissants pour diminuer l'excessive irritabilité du système nerveux. On ne peut trop surveiller l'état des intestins sous le point de vue prophylactique ou curatif. La nourriture sera réglée. Si la malade ne sommeille pas bien, on emploiera un orciller de jusquiame ou de houblon; il est souvent avantageux de faire lever la malade aussi tôt que possible, d'occuper son esprit par des amusements et une étude tels, qu'il puisse être également exercé sans aucune crainte de causer une irritation.

La mélancolie vient ordinairement plus tard que le délire furieux. La maladie ne diffère en rien pour l'apparence et les symptômes avec la mélancolie qui survient à une autre époque; elle est opiniâtre, mais elle disparaît généralement après que l'enfant a été sevré et que les forces reviennent. C'est pourquoi il convient de retirer l'enfant et d'envoyer la malade à la campagne aussitôt que possible. Dans quelques cas, les deux espèces de manies paraissent dépendre d'une irritation morbide, telle que l'inflammation des seins, etc. Alors il faut diriger notre attention vers la cause. — Dans la seconde forme, l'esprit est d'abord moins affecté que le corps. Il y a de la fièvre, mais le pouls est petit. Il s'accélère facilement, tandis qu'en somme la malade éprouve plutôt une excitation nerveuse que l'apparence d'une action inflammatoire, et souvent l'affection ressemble à l'hystérie. Il n'est pas rare de trouver le pouls variant de plus de vingt pulsations à la minute dans un court espace de temps. La peau est chaude, la langue belle; il n'y a point de douleur à la tête, ni ailleurs. La sécrétion du lait est diminuée, mais les lochies continuent de couler; le ventre est plutôt relâché que constipé. L'œil est morne ou égaré, mais non humide; la pupille est dilatée. L'on remarque particulièrement le soir et pendant la nuit que l'œil est fixe et inattentif, et à la vérité, tous les traits sont calmes et immobiles; les yeux sont ouverts, et le corps reste aussi tranquille que s'il y avait une perte de connaissance. Ensuite, cet état alterne avec un mouvement plus ou moins grand aux extrémités, et même avec une flexion en arrière de la colonne dorsale. Au bout de deux ou trois heures, cette excitation, pendant laquelle le pouls est accéléré, disparaît, et la malade revient à un état plus calme. Elle peut toujours, à moins qu'elle ne soit plongée dans cet état voisin de la catalepsie, reconnaître ceux qui sont auprès d'elle et se rappeler ceux qu'elle a vus. Le délire est benin, souvent très-léger, et provenant plus de la nature du caprice ou des craintes capricieuses que d'une folie bien marquée. Il est sujet, comme les maladies du corps, à des rémittences et à des paroxysmes.

Cette forme de la maladie paraît dépendre ou s'accompagner d'un état de congestion dans les vaisseaux de la pie-mère du cerveau, qui est suivi d'un épanchement plus ou moins grand d'un liquide séreux, sous la dure mère et peut-être dans les enveloppes du cordon de la moelle. Le danger doit être appréeié, toutes choses égales d'ailleurs, d'après le degré de la fièvre et son opiniâtreté. — D'après les traces que l'on trouve après la mort, il est évident qu'il faut recourir à la saignée dès le début (1), mais elle

(1) Gardien nie que cette maladie dépende de l'état puerpéral, mais il prétend qu'il faut l'attribuer à des causes morales, telles que la jalousie, la frayeur, etc. Il conseille d'appliquer un vésicatoire au cou; ou si les lochies sont obstruées, de poser des sangsues à la vulve. On a conseillé une pommade composée d'un scrupule de coloquinte mêlé avec quelque substance douce, comme l'axonge, pour en frotter l'abdomen trois fois par jour, mais sans aucun effet, je le pense. Le docteur Burrow dit que la moitié des malades avait une prédisposition héréditaire à la folie.

(1) M. Esquirol dit que la manie puerpérale est généralement accompagnée de la suppression des lochies et du lait. Il pense que l'on doit employer la saignée, seulement avec précaution, et que l'application de sangsues à la cuisse et à la vulve vaut mieux. Il n'a pas trouvé que les vésicatoires fussent utiles d'abord,

est rarement nécessaire, et souvent il est dangereux de la répéter. Si la malade a été déjà épuisée par une hémorrhagie utérine ou par d'autres causes, on ne doit pas employer la saignée. L'application de sangsues aux tempes est généralement plus sûre, et, dans des cas douteux, elle doit être préférée à la saignée générale ; on devra raser la tête et la laver fréquemment avec de l'eau tiède, et on appliquera un vésicatoire, soit à la nuque, soit derrière la tête. Quant à ce qu'il reste à faire, on devra se guider d'après les principes généraux, applicables à la première forme de la maladie. — Il y a une troisième variété de cette affection dans laquelle on trouve que la malade, bientôt après la délivrance, se plaint d'une agitation ou plutôt d'une impossibilité de dormir. La tête est légèrement douloureuse, il y a dans les muscles un sentiment de faiblesse qui n'est point ordinaire, le pouls bat plus vite qu'il ne devrait le faire, puis bientôt les symptômes deviennent plus marqués, le pouls plus fréquent, la peau chaude, le teint animé, l'ouïe délicate, les yeux ternes et sensibles à la lumière, et les paupières pesantes ; il y a dans le gosier un sentiment de constriction ou de suffocation. Le sentiment de faiblesse dans les muscles se convertit en un degré de paralysie ; la malade accuse de la douleur à la tête, mais quelquefois une sensation très-confuse et très-variable. Il y a de la soif, le ventre est constipé ; cependant la sécrétion du lait continue ; il n'y a souvent aucun dérangement apparent dans le cerveau, seulement la malade est ordinairement lourde ou calme, quoiqu'elle soit quelquefois irritable, mais dans des cas il survient une folie bien marquée. Si la maladie n'est pas vigoureusement combattue, les symptômes de la paralysie augmentent, le pouls devient très-lent, et, dans une foule de cas, la mort même peut s'ensuivre. Je regarde cette maladie comme dépendant de cet état particulier d'excitation de quelque partie du cordon de la moelle, que j'ai décrit dans les différents endroits de cet ouvrage. En saignant à l'instant et à un degré considérable, tous les symptômes fébriles se calment, la peau devient plus froide, la rougeur disparaît, le pouls tombe peut-être de cent trente à quatre-vingts pulsations ou plus bas, et la malade dit qu'elle peut maintenant ouvrir ses yeux librement, qu'elle se sent soulagée du poids qu'elle avait dans la tête, qu'elle se rappelle avoir eu, quoiqu'avant la saignée elle ne voulût point peut-être reconnaître son existence. Dans quelques cas, en purgeant largement et en appliquant un vésicatoire sur la tête, la malade revient tout-à-coup à la santé ; mais le plus souvent le rétablissement est partiel. Elle se plaint toujours d'une faiblesse dans les muscles, quelquefois de la tête, et souvent d'une grande délicatesse dans l'ouïe, ou d'une grande sensibilité dans la vue, et l'esprit est tellement affecté, qu'elle doute de l'identité de son enfant, qu'elle a des soupçons sur ses amis, qu'elle est frappée de l'idée d'un malheur qui la menace, ou qu'elle est indifférente pour toute chose ; l'appétit est généralement augmenté. Cet état, en surveillant les intestins, en réglant l'esprit, en faisant changer la malade de pays, en modérant ses exercices, disparaît à la fin, quoique quelquefois ce n'est qu'après plusieurs mois.

Quatrièmement, l'inflammation du cerveau se montre rarement, car on a pris souvent pour elle l'affection de la moelle épinière que je viens de décrire. Elle peut être causée par une tendance du sang vers la tête, ou par une irritabilité excessive du *sensorium commune*, ou elle peut survenir à la suite d'une prédisposition naturelle à la manie. Elle paraît généralement vers le troisième jour après l'accouchement, mais elle peut aussi arriver plus tard. Le pouls ordinairement continue d'être fréquent à partir de l'époque de la délivrance ; la malade ne dort pas profondément, et même elle veille sans cesse. Dans beaucoup de cas

---

mais il pense qu'ils le sont dans la suite. On doit donner des lavements.—M. Georget propose des lavements de lait et d'eau, l'emploi du bain tiède, et, dans le cas de congestion, des saignées locales, ajoutant que l'on a abusé beaucoup de la saignée générale. Le docteur Gooch, dans le sixième vol. des *Med. trans. of coll.*, dit que la saignée est rarement sûre, mais que si le pouls est plein et fort, et que la purgation et l'application du froid sur la tête ne le modifient point, l'on peut tirer du sang du crâne ou du cou, par des ventouses ou des saignées. Lorsque le pouls n'est que fréquent, sans aucune tendance vers la tête, il défend même la saignée locale. « Le meilleur soporifique, dit-il, c'est le bain chaud avec le camphre et l'extrait de jusquiame, à la dose de dix grains chaque.

elle se plaint de bonne heure d'une douleur ou d'un battement au dedans de la tête, ou dans le gosier, ou dans les oreilles, ensuite d'une confusion dans les idées; elle entend mieux, elle fuit la lumière, parle très-vite, souvent elle est extrêmement occupée d'une bagatelle. Il y a d'abord peu de délire, mais seulement une espèce de confusion dans les idées, et, quand le délire est bien marqué, il diffère de celui qui existe dans la première espèce, en ce qu'il n'est point attaché principalement à un seul objet, mais en ce qu'il varie beaucoup. La malade peut aussi décrire souvent ce qu'elle ressent, et dans quelques cas il y a peu de douleur dans la tête. Les sensations du corps sont dans cette maladie les premiers symptômes qui apparaissent, tandis que dans la manie l'esprit est plus sujet à être affecté le premier, ou du moins en même temps que l'on remarque les troubles du corps. Il est plus difficile de distinguer la frénésie d'avec les effets sympathiques que produit une inflammation sur le cerveau avec une grande excitation de la moelle épinière ou de ses enveloppes; mais cela est d'autant moins à regretter, que d'abord, dans les deux cas, la pratique à suivre est la même, savoir : saigner de bonne heure et hardiment; ensuite l'état des nerfs particuliers, ou la sensibilité d'une ou de plusieurs portions de la moelle, à la pression, pourront faciliter le diagnostic et indiquer où il faut appliquer les vésicatoires et les exutoires. Si la maladie n'est pas promptement arrêtée, on voit bientôt un délire furieux survenir tout-à-coup; la malade parle avec volubilité et avec force, ses yeux se meuvent rapidement, ils sont farouches, brillants et très-sensibles à la lumière. Cet état peut durer, avec peu d'interruption, jusqu'à ce que des symptômes de compression apparaissent, ou bien il y a un court intervalle pendant lequel la malade revient à la raison, et puis la fureur reparaît et alterne peut-être avec le coma. Le cas est, sous ces rapports, modifié selon l'inflammation; mais quelquefois elle arrive rapidement et à un haut degré; d'autres fois elle procède plus lentement. Les lochies ne sont pas supprimées, il n'y a point de constipation; mais la sécrétion du lait s'arrête. Au bout de trois ou quatre jours, la femme devient paralysée d'un côté, puis elle tombe dans un état comateux; les extrémités deviennent froides, la respiration laborieuse, et quelquefois des convulsions précèdent la mort. Dans cette maladie, il faut recourir de bonne heure et promptement à un traitement anti-phlogistique, à des saignées générales et locales, à l'emploi des purgatifs, et appliquer un vésicatoire sur le crâne. Après que les symptômes inflammatoires auront été détruits, le délire se calme ou cède à l'emploi des médicaments précédemment indiqués.

Cinquièmement, dans quelques cas, le délire est lié à un état maladif de l'utérus, particulièrement de ses veines, qui sont enflammées; il y a de la fièvre, accompagnée de délire, qui est le symptôme saillant, de sorte que l'on perd de vue la cause première jusqu'à ce que le ventre devienne ballonné, après quoi la malade tombe en stupeur. D'abord on peut constater qu'il y a plus ou moins de sensibilité en pressant sur l'hypogastre. Je ne veux pas dire qu'il faille en aucun cas employer la saignée, mais en général on retire plus d'avantage de l'application de sangsues au bas-ventre, suivie de cataplasmes et de doux purgatifs, en même temps qu'on appliquera un petit sinapisme ou un vésicatoire à la nuque. — J'ai déjà fait remarquer le sentiment d'accablement ou de mal de cœur que produit quelquefois la dilatation de l'orifice utérin lorsqu'on le touche avec le doigt. Le docteur Montgomery décrit une espèce de délire qui survient à la même époque, mais qui disparaît lorsque le travail est plus avancé; il ne paraît pas exiger aucun traitement.

CHAPITRE XXI.

DU BRONCHOCÈLE.

Le gonflement du corps thyroïde survient plus souvent après la parturition que dans d'autres circonstances; par conséquent, il convient d'en parler ici. Il paraît quelques jours après la délivrance, et il est souvent attribué à l'exposition au froid. Dans d'autres cas, la femme sent pendant le travail comme si quelque chose s'était rompu dans son gosier. Ce gonflement peut rester long-temps dans un état indolent et stationnaire, ne produisant aucune gêne sensible, ou seulement une légère difficulté d'avaler. Dans d'autres cas, il augmente de volume et devient dangereux à cause de la pression

qu'il exerce sur les parties voisines, ou il s'enflamme et forme un large abcès qui s'ouvre. Le gonflement du lobe gauche est plus dangereux que celui du côté droit. — On a employé différents remèdes, tels que l'éponge calcinée, le calomel, le muriate de chaux, etc.; mais ils produisent rarement un grand effet. L'application immédiate de sangsues, suivie le lendemain de celle d'eau froide sur la partie, les vésicatoires volants, et les frictions long-temps prolongées, sont utiles. On a préconisé depuis peu la teinture d'iode, et les frictions faites avec un mélange d'iode et d'axonge; les présomptions en faveur de l'utilité de la méthode sont telles, que l'on peut avec certitude en faire l'essai. J'ai plus de confiance dans l'emploi de l'iode à l'intérieur qu'à l'extérieur. Si la tumeur menace de grossir, ce qui a lieu souvent après chaque nouvelle grossesse, ou même indépendamment de la gestation, on a proposé d'extirper la tumeur, et de lier les artères qui s'y rendent, mais je n'ai jamais trouvé que ce fût nécessaire. S'il y a tendance à la suppuration, on doit la favoriser et la traiter d'après les principes généraux.

CHAPITRE XXII.

DE LA DIARRHÉE.

Si la malade a été constipée avant l'accouchement, de larges masses de matières fécales peuvent être expulsées ensuite, causant de la douleur dans le ventre, des tranchées, du ténesme, ou une hémorrhagie utérine, ou bien la même cause peut provoquer la diarrhée, avec expulsion de petits grumeleaux. Les deux affections requièrent l'emploi de doux laxatifs. La diarrhée peut aussi paraître sans aucune constipation préalable; les selles sont alors fétides ou bilieuses. Dans ce cas-ci, le régime doit être sévère; on devra donner d'abord de doux laxatifs pour faire évacuer les matières âcres, ensuite on recourra immédiatement à l'emploi des opiacés. Si l'on néglige ces moyens, il peut en résulter une grande faiblesse, une hémorrhagie utérine ou d'autres conséquences fâcheuses. Lorsque la diarrhée s'accompagne de vomissements bilieux, et de crampes ou de spasmes, les opiacés sont le principal remède, et si l'estomac ne peut les supporter, il faut les donner sous la forme de lavements ou de suppositoires. J'ai déjà fait remarquer l'espèce dangereuse de cette maladie, qui dépend de l'inflammation chronique de la muqueuse des intestins.

CHAPITRE XXIII.

DE L'INFLAMMATION DU SEIN ET DE L'EXCORIATION DES MAMELONS.

Le corps glanduleux du sein est compris entre deux couches d'aponévrose, l'une s'étendant sur sa surface et s'élevant jusqu'au mamelon, l'autre plus profonde entre la glande et le muscle pectoral. Ces couches adhèrent intimement à la glande, et elles se rencontrent à ses bords et peuvent du côté de l'aisselle être suivies jusqu'à ce qu'elles forment ou qu'elles se perdent dans l'aponévrose profonde et superficielle de l'aisselle. Là, entre les deux couches, aussi bien que plus profondément, on trouve les ganglions lymphatiques. De la peau ou du chorion partent de nombreuses cloisons d'une substance cellulaire dense qui vont se perdre ou s'identifier avec l'aponévrose qui recouvre la glande. Ces cloisons forment des cellules ou des compartiments de différentes grosseurs qui sont remplis de graisse. Quelques cellules sont tout-à-fait fermées et peuvent être aussi grosses qu'une noisette, d'autres s'ouvrent dans les cellules voisines. Ces faits anatomiques sont importants pour expliquer la propagation de la maladie à partir du sein.

La glande elle-même varie suivant les différents âges et les différentes circonstances. Si l'on examine un sein après la délivrance, on le trouve comme un gâteau circulaire, ayant quelquefois plus d'un pouce d'épaisseur au centre, mais s'amincissant de plus en plus à mesure que l'on s'approche de la circonférence. Si on le coupe, on observe distinctement que la section a une apparence de granulations enchatonnées dans une substance très-dense quoique molle en apparence, parsemée de nombreux canaux ou petits tubes dont un grand nombre la traversent. On trouve quelquefois, mais pas toujours, çà et là dans la substance, de petits paquets de graisse qui n'ont aucune communication avec ceux qui sont situés au-dessus entre l'aponévrose et la peau; on les rencontre le plus souvent, lorsqu'ils existent, vers la circonférence. — Si on

injecte la glande par le mamelon, on trouve que les granulations ou les glandules sont remplies, et que de chaque petite granulation part un petit tube qui communique avec les autres venant des glandules voisines, et que ceux-ci à la fin s'unissent pour former un large canal qui s'ouvre sur le mamelon, se dilatant souvent avant de monter vers lui, de manière à former ce qu'on a appelé un sinus. Chaque large canal, lorsqu'il est injecté, ne peut remplir de cire qu'un certain nombre de granulations, à partir du mamelon jusqu'à la circonférence. Le nombre des gros conduits est variable, il y en a douze, quinze, etc.; et si on les remplit avec des matières de différentes couleurs, on trouve que la glande forme un gâteau diversement coloré. Mais, sans cela, on ne peut découvrir aucune limite ni aucune distinction entre les portions qui donnent naissance à des conduits lactifères plus gros, lesquelles ont reçu le nom de lobes. Si d'un autre côté on suit le conduit à partir du mamelon, on trouve qu'il se subdivise en des canaux très nombreux, chacun se terminant dans un lobule, et les différents lobules sont liés entre eux par une substance dense d'une apparence lisse.

Si on n'injecte pas les conduits, alors la glande, quand elle est coupée, ressemble à de petits corps agglomérés comme les grains de millet, d'une couleur quelquefois rougeâtre, souvent blanchâtre; liés entre eux par une substance dense. Les lobules ressemblent plutôt à de petites boucles, ou à des portions de conduit dilatées qu'à des grains. — Si la femme n'allaite point, ou n'est point enceinte, on trouve que la glande présente une apparence homogène nullement granulée, mais lisse, paraissant être composée d'un tissu blanc et résistant, dans lequel, lorsqu'on le coupe, on voit de petits canaux, que l'on remarque mieux lorsqu'ils sont divisés. Dans tous les états on aperçoit les artères, les veines et les vaisseaux lymphatiques avec de petits rameaux nerveux, surtout dans le tissu cellulaire. — Chez les vieilles femmes l'apparence est variable. Quelquefois la glande est homogène, affaissée et mince, parsemée de petites portions de graisse et les canaux sont visibles. Chez d'autres, la glande a été encore plus absorbée, et il ne reste qu'une portion très-mince entre les deux couches de fascia, ou bien elle peut être encore plus effacée, au point de faire ressembler le tout, y compris les fascia, à un feuillet aponévrotique, dans lequel on voit des stries comme des rayons diverger du mamelon, ou bien quelquefois les lignes sont plus entrelacées. Ce sont les conduits lactifères. — Chez une enfant âgée de dix ans la glande a la même apparence homogène que chez l'adulte, mais elle est très-mince, pas plus grosse qu'une pièce de dix sous, et elle adhère à la forte aponévrose pectorale. — L'inflammation des seins peut être divisée en deux espèces, suivant son siége. L'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, celle des fascia et celle de la substance glandulaire. Elle peut survenir dans toutes les périodes de l'allaitement, mais la femme y est surtout prédisposée dans le premier mois qui suit l'accouchement. Elle peut être causée par l'application directe du froid, par un engorgement de lait, par l'irritation des mamelons excoriés, par l'agitation de l'esprit, etc. Quelques femmes ont les seins prodigieusement distendus, lorsque le lait paraît pour la première fois, et la dureté s'étend jusque même aux aisselles. Si dans ces cas le mamelon est plat, ou si le lait ne s'écoule pas librement, l'aponévrose, surtout chez quelques femmes, s'enflamme rapidement. Chez d'autres, la substance dense dans laquelle sont logés les granulations et les conduits, ou les conduits eux-mêmes, s'enflamment.

L'inflammation sous-cutanée, si elle est circonscrite, ne diffère en rien du flegmon ordinaire et demande le même traitement. Il n'est pas aisé de la faire résoudre, mais un cataplasme chaud amènera la résolution si elle est possible; sinon, il attirera l'inflammation au dehors. Lorsque l'abcès s'ouvrira, on changera le cataplasme pendant un jour ou deux contre de la charpie molle. — L'inflammation de l'aponévrose, si elle est légère, est marquée par une petite distension du sein, accompagnée d'un érythème de la peau qui couvre la portion malade. Il y a une fièvre considérable, mais pas beaucoup de douleur, et il est probable que la maladie doit céder à des fomentations tièdes et à un purgatif, pourvu que le lait puisse s'écouler librement. Si l'aponévrose est enflammée sur une plus grande étendue et avec plus d'intensité, le sein se gonfle promptement, et cette distension ajoute à la maladie, qui est à la vérité souvent produite par la distension de l'aponévrose. La douleur est grande et la fièvre consi-

dérable. L'inflammation n'est jamais limitée au fascia, mais elle se communique soit au tissu cellulaire sous-cutané qui est au-dessus, soit aux parties situées au-dessous, ordinairement au premier, et souvent en même temps à celles-ci. — Lorsque les parties plus profondes sont affectées, l'inflammation peut être plus ou moins évidente dans les conduits lactifères, ou dans un certain nombre de granulations ; souvent dans cette espèce particulière de tissu dense qui leur sert de moyen d'union, ou dans ces paquets graisseux que l'on rencontre quelquefois dans la glande. Souvent l'inflammation paraît commencer dans un des sinus près du mamelon, et, en s'étendant, elle enveloppe le tissu cellulaire environnant; dans ce cas-ci elle devient bientôt saillante et paraît être tout-à-fait superficielle. Le lait n'est plus sécrété par les granulations qui ont souffert. Ensuite il se forme du pus qui s'étend sous l'aponévrose en causant beaucoup de ravage. Et quand à la fin, après de longues souffrances, l'abcès se fait jour, il s'écoule beaucoup de pus avec des portions gangrenées, composées des parties de l'aponévrose ; ordinairement, il y a une fièvre assez forte qui accompagne l'inflammation, et la douleur est souvent intense, surtout si le sein est affecté à une grande étendue.

Il est très-difficile d'empêcher que cette inflammation ne se termine par suppuration. Il faut l'essayer cependant par des purgatifs et par l'application d'un cataplasme chaud, composé de pain et de lait, ou de linge trempé dans de l'eau chaude. On a conseillé la solution froide d'acétate de plomb seule, ou précédée de sangsues, mais j'ai été obligé depuis long-temps d'abandonner cette pratique à cause du peu de succès qui l'accompagne. Si elle est jamais utile, c'est dans les cas légers, lorsqu'elle est employée de bonne heure. S'il y a une légère distension, avec un peu de douleur, de douces frictions faites avec de l'huile chaude sont utiles. Si le sein est distendu par le lait, il sera bon d'en faire sortir un peu, de temps en temps, pourvu que cela puisse se faire aisément et sans augmenter la douleur. Notre but dans cette pratique est de diminuer la tension et d'empêcher une plus grande irritation à cause du trop plein des vaisseaux. Il faudra aussi soutenir le sein avec précaution, et, à la vérité, la malade sera plus à son aise dans le lit. On a recommandé de donner à l'extérieur le tartre stibié, mais je ne puis, d'après mon expérience, parler de son utilité. — Lorsque la douleur devient pulsative, il convient d'appliquer un cataplasme chaud de mie de pain et de lait, pour favoriser le travail de la suppuration. Après que les parties dures ont été ramollies, que le pus est formé, il faudra lui donner issue par une ouverture d'une largeur suffisante, pourvu qu'il n'y ait pas d'apparence que l'abcès ne s'ouvre bientôt de lui-même. Ce n'est jamais le cas, lorsque le fascia est fort ; et si l'on attend trop long-temps, non-seulement on prolonge les souffrances de la malade, mais on augmente beaucoup la destruction du sein. Si la ponction est suivie d'un suintement opiniâtre de sang par la blessure, il faudra employer de la charpie sèche et la compression. Dans un cas j'ai vu l'hémorrhagie devenir mortelle. Après que l'abcès a percé ou a été ouvert, il s'écoule pendant quelque temps une matière purulente qui est souvent mêlée à du lait (1), puis la dureté des parties voisines diminue graduellement. On peut continuer le cataplasme pendant quelques jours, vu qu'il facilite l'absorption du tissu induré. Mais s'il irrite la surface, s'il entretient une espèce d'érosion phagédénique, il faudra le remplacer par un doux pansement. On appliquera sur l'ouverture un peu de charpie fine, mais pas assez fortement pour arrêter le pus; et par-dessus on étendra un linge enduit de cérat de blanc de baleine. Il faudra faire attention à ce que la matière soit évacuée, et empêcher les foyers. Les fongosités à l'orifice des sinus demandent les médicaments scarifiants.

Dans quelques cas le lait revient bientôt, et la malade peut nourrir avec le sein qui était malade, mais le plus souvent elle ne le peut pas, et l'enfant est allaité avec un seul sein. Il peut même être nécessaire, si la fièvre et la douleur sont grandes et la secrétion du lait très-altérée, que la femme renonce entièrement à allaiter son enfant. — Il arrive quelquefois, si la constitution est scrofuleuse et l'esprit très-fatigué, ou si le traitement n'a pas été d'abord bien suivi, qu'il en résulte une maladie très-longue et même mortelle. La malade éprouve de

(1) Un conduit lactifère a été distendu et le lait s'y est accumulé de manière à former une collection considérable au-dedans du sein, comme un abcès.

frissons répétés presque tous les jours, suivis de chaleur, de sueur, et accompagnés d'induration ou de foyers purulents dans le sein; elle perd l'appétit, ou elle a constamment mal au cœur. La suppuration s'établit lentement, et peut-être l'abcès s'ouvre, après quoi les symptômes diminuent, mais ils reviennent bientôt et résistent à tous les remèdes internes et généraux. En examinant le sein à quelque point éloigné de l'ouverture primitive, on peut découvrir un certain degré d'œdème, signe infaillible de l'existence de pus profondément caché, et par la pression on peut constater de la fluctuation. Celle-ci peut devenir distincte en très-peu de temps, et par conséquent il faudra examiner le sein avec attention au moins une fois par jour. Les cataplasmes font paraître l'abcès à l'extérieur, et avec trop de lenteur pour que les forces puissent être conservées, et par conséquent le nouvel abcès et tous les foyers purulents qui peuvent être déjà formés, ou qui peuvent avoir existé, devront être ouverts d'une seule fois largement et complètement; et aussitôt qu'une nouvelle portion entrera en suppuration, il faudra pratiquer la même opération. Si l'on néglige cette pratique, il se forme de nouveaux foyers qui laissent écouler lentement une matière fétide, et les deux seins sont souvent ainsi affectés. Il y a des frissons quotidiens, des maux de cœur et des vomissements de matières bilieuses, ou un dégoût absolu pour la nourriture, de la diarrhée, des sueurs, ou un état sec, écailleux ou lépreux de la peau, et quelquefois les ganglions intérieurs semblent prendre part à cette maladie, comme ceux du mésentère; ou bien l'utérus est affecté et du pus s'écoule par le vagin. Le pouls est fréquent et devient graduellement plus faible, et, après une souffrance de quelques mois de durée, la malade succombe. Il est de remarque que souvent dans les cas qui paraissent dépendre d'une cause constitutionnelle, et où il y a une grande faiblesse, les foyers guérissent rapidement après avoir été ouverts, mais une nouvelle partie entre de suite en suppuration. On ne peut ici compter sur les médicaments pris à l'intérieur, car ils ne peuvent être gardés. S'ils peuvent passer, on donnera la préférence à ceux d'une nature tonique, associés à des opiacés, pour calmer la diarrhée et procurer du sommeil.

Les aliments devront être aussi nourrissants que possible, et l'on devra donner en quantité assez grande le vin qui convient le mieux à l'estomac. Notre pronostic à la vérité sera plus ou moins favorable selon la nourriture que l'on pourra prendre. La principale sûreté cependant pour la malade dépendra du prompt obstacle que l'on pourra apporter au cours de la maladie, en ouvrant largement les abcès et les foyers purulents, avant que la constitution n'ait été altérée ou minée par les paroxysmes répétés de la fièvre. Si toutefois les foyers étaient profonds ou nombreux, il sera bon dans le premier cas d'essayer l'effet que l'on peut produire en élargissant la principale ouverture. Il faut que l'accoucheur et la malade soient bien pénétrés que l'on doit faire de bonne heure un examen continuel de l'état du sein, que l'on ne doit jamais laisser une collection de pus profondement située, sans l'ouvrir; car l'on ne sait pas jusqu'où peut aller le mal si on lui permet de s'étendre. Cette pratique est nécessaire en proportion de la gravité des symptômes constitutionnels. — Il y a des cas indolents dans lesquels des foyers se forment et occasionnent peu ou point de trouble, excepté celui qui résulte du pansement et des soins qu'ils demandent. Les femmes timides ne voudront pas se soumettre à ce qu'on fasse l'ouverture. Mais si la malade y consent, la guérison sera hâtée. Dans le premier état, l'ouverture était commandée par le trouble de la santé générale et par la condition de la malade. Dans cet état indolent, où la malade jouit d'une assez bonne santé, et où elle se promène, l'ouverture convient, mais néanmoins elle est moins nécessaire. Les foyers superficiels devront être ouverts. Quant à ceux qui sont très-profonds, on devra faire une contre-ouverture, ou introduire un séton; mais ceci est rarement nécessaire. L'induration accompagnée de foyers purulents cède à l'ouverture de ces abcès et à l'emploi de douces frictions. Ce précepte est vrai par rapport à la simple induration qui survient après l'opération pour enlever un cancer. Dans le cas dont il s'agit, je n'ai jamais vu de mauvais effets, mais bien le contraire suivre les incisions larges pratiquées même dans la substance du sein.

Quelquefois, quoique l'abcès guérisse facilement, et quoiqu'il ait été petit, il reste une induration qui peut durer longtemps à l'état indolent, causer des crain-

tes sur les suites, ou occasionner une rechute. Il faut la combattre par de douces frictions faites avec des teintures camphrées trois fois par jour, et par l'application, dans les intervalles, de linges imbibés d'esprit-de-vin camphré, avec addition d'un dixième d'acétate de plomb ou d'un cataplasme de mie de pain et de lait, ou de ciguë. Dans les cas plus rebelles, des frictions mercurielles ou un doux traitement mercuriel pourront être employés. Mais je ne puis parler avec assurance de leurs effets. Il faudra tenir toujours libre le cours du ventre. — Pendant la guérison d'un abcès, il n'est pas rare que le sein gonfle un peu la nuit par faiblesse, et la même cause prédispose à une rechute. Il est donc convenable de fortifier l'économie, de préserver du froid le sein pendant quelques semaines avec plus de soin que de coutume. Lorsqu'il survient une rechute, surtout si la malade ne nourrit pas, la tumeur est quelquefois assez profonde ou indolente, elle est pendant long-temps dure au toucher, et elle s'étend graduellement davantage à travers le sein formant un tissu assez volumineux ressemblant à un ganglion squirrheux ou scrofuleux. Pendant ce temps là, la suppuration marche lentement, quoiqu'il puisse y avoir une légère douleur. Puis, il survient un changement plus actif, la douleur augmente, devient pulsative, la peau rougit, et à la fin l'abcès s'ouvre. Cet état demande l'application de cataplasmes et de fomentations chaudes. — L'excoriation du mamelon est une affection très-fréquente, et elle prédispose souvent à la maladie que nous venons de décrire. La plaie peut être étendue mais superficielle, ou bien elle peut être plus circonscrite, mais tellement profonde qu'elle divise presque le mamelon. Lorsque l'enfant tette, la douleur est intense, et quelquefois une quantité considérable de sang s'écoule de la partie. Dans quelques exemples, des aphthes dans la bouche de l'enfant causent cette affection; dans d'autres, l'ulcération du mamelon affecte l'enfant. On a employé différents remèdes. Des lotions alcooliques salées et astringentes ont été faites avant l'accouchement dans le but de rendre les parties moins sensibles : elles ne réussissent pas toujours, cependant il ne faut pas les négliger. Lorsque l'excoriation arrive, six grains de sulfate de zinc dissous dans quatre onces d'eau de rose forment une lotion très-utile qu'il faudra employer souvent. Des solutions de sulfate d'alumine, d'acétate de plomb, de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent, etc., assez fortes pour piquer un peu, conviennent aussi quelquefois. Mais on a remarqué qu'aucune application ne réussit long-temps. Il est donc nécessaire de les changer souvent. On devra toujours laver le mamelon avec de l'eau et du lait, ou avec une solution de borax, avant de le présenter à l'enfant. Lorsqu'il survient des gerçures, il est quelquefois utile de panser la partie avec de la charpie recouverte avec du cérat de blanc de baleine, ainsi qu'avec une combinaison de cire blanche et de beurre frais, de la moelle fondue, avec ou sans addition de végétaux, ou de l'onguent populeum. Les onguents stimulants, tels que l'onguent citrin, avec partie égale d'axonge, réussissent quelquefois; ou bien on peut toucher les parties avec de l'alun calciné, ou avec le nitrate d'argent, ou bien les saupoudrer avec une poudre douce et sèche.

Il est souvent utile d'appliquer un étui d'étain par-dessus le mamelon pour le protéger, ou des anneaux larges de plomb et d'ivoire. Il convient aussi de faire sucer l'enfant, à travers le pis d'une vache, ou un mamelon artificiel, afin d'éviter l'irritation de sa langue ou de sa bouche. Le bout de sein est souvent très-utile, quoiqu'il ne réussisse pas toujours, et quelques enfants ne peuvent téter avec l'instrument, mais cela tient quelquefois à ce qu'il est appliqué de manière à empêcher l'enfant de faire le vide. Le bout de sein est préférable au pis de la vache. Il est bon de faire venir une nourrice afin de donner à téter à l'enfant pendant la nuit. Mais, quoi qu'il faille épargner les mamelons autant que possible, cependant si la femme est trop long-temps à donner le sein, ou si on le laisse se distendre beaucoup, l'inflammation peut s'y établir. Quand tous ces moyens échouent, il est nécessaire de retirer l'enfant, vu que l'allaitement continué épuise les forces et peut provoquer de la fièvre. La partie malade guérit ensuite rapidement. — Les ulcérations vénériennes du mamelon ou de l'aréole, accompagnées de l'engorgement des ganglions de l'aine et d'un état maladif de la bouche de l'enfant, demandent un traitement mercuriel.

Il est bon, avant de terminer ce chapitre, d'ajouter quelques réflexions sur les causes qui font qu'une femme ne peut allaiter. Si le sein est très-plat et

ne peut être par la succion tiré au dehors, de manière que l'enfant puisse le saisir, la femme ne peut nourrir. Cependant l'emploi fréquent d'un bout de sein en verre remédie quelquefois à ce défaut, ou bien l'on peut se servir du mamelon artificiel. Un manque de contractilité qui fait que le lait s'écoule constamment est un autre obstacle à l'allaitement, et il n'est pas aisé d'y remédier. Lorsque le lait de la mère ne convient pas à l'enfant parce qu'il est d'une mauvaise qualité, nous sommes aussi forcés d'avoir recours à une autre nourrice. Si la mère est délicate ou phthisique, ou atteinte d'une mélancolie opiniâtre, si les yeux sont très-enflammés, si la vue est affaiblie par l'allaitement, ou si la sécrétion du lait est très-faible, l'allaitement n'est pas possible. Quelques femmes délicates souffrent tellement de nourrir leur enfant, qu'il survient des symptômes de chlorose ou de phthisie. Dans ce cas-là il faut défendre l'allaitement. Les opiacés sont utiles le soir pour procurer du sommeil, et le ventre doit être maintenu libre. Grand nombre de femmes après l'accouchement sont sujettes à des troubles du canal alimentaire, surtout à la diarrhée et aux vers. Ces derniers altèrent la santé et diminuent la sécrétion du lait. On devra les traiter par les remèdes ordinaires. L'anasarque, la jaunisse, l'érysipèle, etc., peuvent aussi paraître dans l'état puerpéral, et empêcher la mère de nourrir. On devra employer le traitement ordinaire.

Quand une femme sèvre un enfant, ou lorsque d'abord elle ne le nourrit pas, il est de coutume de donner une ou deux fois quelque sel purgatif dans le but de diminuer la secrétion du lait. L'absence de l'enfant arrête aussi la sécrétion. Mais si le sein est très-distendu, il faut de temps en temps, en suçant ou en pressant le sein, ou en appliquant un verre chaud, retirer une quantité de lait suffisante pour diminuer le sentiment de tension ou de douleur. Si l'on néglige cette pratique il peut survenir une inflammation. Quelques femmes éprouvent après leurs couches une grande faiblesse ou une sensation pénible vers le ventre, qui est souvent augmentée par l'allaitement. On la produit souvent en retirant trop tôt le bandage de l'abdomen, que l'on aurait dû maintenir pendant un mois au moins, et la femme est soulagée par l'application d'un nouveau bandage large et solide autour du ventre. Quand il y a une douleur constante dans le dos, avec manque d'appétit, il faut que la femme renonce à nourrir. — La douleur dans le côté ou dans le ventre, qui est quelquefois produite par l'allaitement, est souvent soulagée par des frictions, par des emplâtres chauds et par un traitement fortifiant. La faiblesse générale demande à être combattue par des toniques qu'il faudra varier.

CHAPITRE XXIV.

DE LA TYMPANITE.

A la suite d'un trouble dans l'action de la menstruation, ou après avoir allaité, surtout si la malade s'est exposée au froid, les intestins s'enflent et le ventre se distend légèrement sans douleur. Cette affection peut aussi se montrer pendant l'allaitement, ou vers la cessation des règles, faisant croire dans les deux cas que la femme est enceinte. Elle n'altère pas la santé, mais elle s'accompagne de temps à autre de rapports acides et de symptômes de dyspepsie. Et de plus elle est très-gênante. Le volume du ventre est toujours augmenté vers la période menstruelle si les règles continuent. Elle provient d'un relâchement des fibres musculaires des intestins, et peut non-seulement se montrer comme une maladie particulière, mais aussi accompagner un grand nombre d'affections puerpérales, particulièrement celles de l'espèce fébrile; quoiqu'il n'y ait point d'inflammation très-marquée des intestins, néanmoins elle est dans beaucoup de cas liée à quelque degré d'inflammation, qui établit aussi les fondements d'une maladie future des ovaires.— Le meilleur moyen de prévenir la tympanite, c'est de maintenir les intestins dans un état régulier et actif, d'avoir soin d'appliquer un bandage autour de l'abdomen après que la malade est alitée, et d'éviter l'exposition au froid et d'autres causes excitantes de maladie.—Lorsqu'elle s'est établie, il est excessivement difficile de la guérir. Les purgatifs violents, l'emploi régulier d'apéritifs, de manière à exciter une action uniforme, mais non-énergique, les carminatifs, la scille, la térébenthine, les eaux de Harrowgate, les embrocations stimulantes, la compression régulière, les toniques, les bains de mer, tous ces moyens ont été essayés, mais je ne puis

ajouter une grande confiance à aucun d'eux. Cette maladie est sujette à être suivie d'une hydropisie des ovaires, ou plutôt à accompagner la première période de cette maladie. — La tympanite aiguë avec fièvre est une maladie plus grave ; elle a été déjà décrite lorsque j'ai traité des maladies inflammatoires.

CHAPITRE XXV.

DES SIGNES QUI INDIQUENT QU'UNE FEMME EST ACCOUCHÉE RÉCEMMENT.

On reconnaît qu'une femme est accouchée récemment lorsqu'on trouve les parties externes de la génération relâchées, plus rouges, ou d'une couleur plus sombre que d'ordinaire ; il y a un écoulement sanguinolent, ou des lochies. L'utérus est volumineux et n'a point la forme d'une matrice à l'état de grossesse ou de non-gestation ; le col est effacé ; l'orifice utérin est presque circulaire, admettant deux doigts et même davantage. L'abdomen est saillant, et les téguments sont relâchés, ridés et couverts de stries divisées et légèrement colorées. Les seins sont développés, les aréoles sont très-distinctes et renferment du lait. Il peut se faire que cette sécrétion s'établisse indépendamment de la grossesse, mais elle n'a pas l'apparence que je viens de décrire.

En touchant par le vagin, dans la quinzaine ou dans les trois semaines qui suivent l'accouchement, on peut sentir encore la matrice plus volumineuse que de coutume, ses lèvres plus molles, et pouvant admettre le bout du doigt sans beaucoup de difficultés. Le lait, à cette époque, n'aura pas quitté les seins, qui seront fermes et présenteront une auréole sombre autour du mamelon. Une question se présente ici, savoir : si toutes ces apparences ne peuvent pas s'offrir simplement à la suite d'hydatides? Je répondrai que, quoique les hydatides puissent produire jusqu'à un certain degré les mêmes effets que la grossesse, parce que ordinairement elles proviennent de la conception ; cependant il est très-rare que le ventre se tuméfie autant, comme à la fin de la grossesse, et lorsque la masse des hydatides est expulsée, comme elle est molle, le périnée ne peut point être lésé. Si donc, en matière légale, on peut prouver que la femme a eu le ventre très-développé, et si ensuite on lui trouve des seins contenant du lait, l'utérus volumineux, son orifice mou et béant, et une partie du périnée ou la fourchette déchirée, il ne peut y avoir de doute qu'elle n'ait accouché. D'autres circonstances peuvent aussi concourir à confirmer l'opinion du praticien ; comme par exemple si la malade fait un rapport absurde sur la manière dont la tumeur de son ventre a disparu, l'attribuant à une transpiration qui ne peut jamais en une seule nuit enlever le volume développé du ventre dans le cas d'une grossesse supposée.

Les anatomistes ont donné des descriptions très-contradictoires sur l'apparence et le volume de la matrice lorsqu'on l'examine à différentes époques de l'accouchement. Si la femme meurt d'hémorrhagie, ou d'une maladie qui l'enlève bientôt après la délivrance, on trouve l'utérus comme une large poche aplatie, ayant depuis neuf jusqu'à douze pouces de long, sur environ sept de largeur et trois pouces d'épaisseur. La cavité renferme des caillots ou un liquide sanguinolent, et sa surface est recouverte des débris de la caduque. Souvent les marques de l'attache du placenta sont très-visibles. Cette partie est d'une couleur foncée, de sorte que ceux qui ne sont pas avertis de la circonstance croient que l'utérus est gangrené. Lorsqu'on nettoie la surface en la grattant, on voit le tissu plus pâle de la matrice. Partout elle est tapissée d'une couche tenace, d'une couleur foncée, formée par les débris des vaisseaux caduques mêlés à du sang coagulé. Cette couche d'abord aide à arrêter l'hémorrhagie. Si on injecte de l'eau par les veines, elle s'écoule librement par de larges orifices pratiqués sur la surface de l'utérus. Les vaisseaux sont à la fois larges et nombreux ; les trompes de Fallope, les ligaments ronds, et la surface des ovaires sont tellement vasculaires, qu'ils présentent une couleur pourprée. L'endroit d'où s'est échappé l'ovule est plus vasculaire que le reste de la surface de l'ovaire. Cet état des annexes de l'utérus dure jusqu'à ce que la matrice soit revenue à son état de non-gestation. — Trois jours après l'accouchement, l'utérus s'élève au-dessus du pubis de presque la largeur de la main. Les parois ont environ un pouce d'épaisseur. Le tissu est blanchâtre et la surface interne recouverte par un caillot adhé-

rent. La matrice a sept pouces de long, environ cinq de largeur et deux d'épaisseur. Son orifice ou son ouverture a plus d'un pouce de longueur.

Une semaine après la délivrance, l'utérus a environ six pouces de long, il est enfoncé dans le bassin, de sorte que son fond dépasse à peine le détroit supérieur. Un ou deux jours après, il a perdu un pouce. La surface interne est recouverte d'une membrane épaisse de substance noire et sanguinolente, que l'on peut ôter en grattant, et alors on trouve une couche mince de lymphe, immédiatement en contact avec l'utérus. Le tissu musculaire est distinct, et la direction orbiculaire des fibres, autour de l'orifice des trompes, est très-évidente. La surface péritonéale est d'une couleur œillet pâle. La substance est blanchâtre et fibreuse, et l'épaisseur, variable, n'étant pas quelquefois plus grande que dans l'état de non-gestation. Dans d'autres cas, elle est presque du double. Le col est généralement d'une couleur plus foncée que le corps, et ses rugosités sont distinctes. Les intestins ont généralement, quoique pas toujours, repris leur place accoutumée, car le colon distendu est quelquefois plus saillant que le reste. — A la fin de la quinzaine, l'utérus est caché dans le bassin. Il a depuis quatre jusqu'à cinq pouces de long, et environ trois pouces un quart de largeur ; la tunique péritonéale est pâle. — Il faut au moins trois semaines avant que l'utérus puisse au toucher ressembler au volume qu'il a dans l'état de non-gestation ; mais l'orifice utérin se ferme rarement, pour ne pas dire jamais, au même degré que dans l'état de virginité. Il s'écoule plus de temps avant que, sous tous les rapports, il soit revenu à son premier état ; rarement moins de deux mois. A six semaines, la longueur est d'environ trois pouces, la cavité est plus longue que dans l'état normal, et la surface interne a une apparence en partie fibrineuse, en partie sanguine. La trompe de Fallope conserve sa grande vascularité pendant un temps très-considérable, je ne pourrais dire combien de temps, après la délivrance ; les passions de l'âme ou d'autres causes peuvent produire une rupture de la trompe, et ensuite une hémorrhagie mortelle, quoiqu'il n'y ait point eu une nouvelle conception. Une telle rupture pendant l'allaitement ne doit pas être toujours attribuée à une conception extra-utérine. — On trouve invariablement le corps safrané dans un des ovaires, et on peut le découvrir de suite à sa saillie, à sa couleur, à sa vascularité et à sa légère cicatrice. Cependant, on le voit mieux en faisant une section, et alors il paraît très-distinct du reste de l'ovaire, et ne peut être pris pour aucune autre substance. Il est moins volumineux qu'à une période peu avancée de la grossesse ; cependant il a environ un demi-pouce de long, mais il n'est pas aussi large ni aussi profondément situé dans le tissu de l'ovaire : sa forme a été décrite. Après l'accouchement, il diminue plus rapidement et à la fin il disparaît, mais la cicatrice reste plus long-temps. Le docteur Montgomery dit n'avoir jamais vu le corps safrané exister au-delà de six mois à partir de la délivrance, et il soutient que la cicatrice disparaît aussi. — L'on reconnaît qu'une femme a fait depuis peu une fausse-couche à l'état des seins, à l'écoulement sanguin par le vagin, au volume de l'utérus, à la mollesse et à la dilatation de son orifice. Si la femme meurt, on trouve la matrice développée, sa surface interne recouverte soit par la membrane caduque et par du sang coagulé, ou par la portion maternelle du placenta. Les vaisseaux sont élargis, les trompes et les ligaments très-vasculaires. L'ovaire renferme un corps safrané, distinct et large. La couche péritonéale qui le recouvre est très-vasculaire, ou du sang y est épanché, jusque même dans le calice. — Les apparences, pendant la vie ou après la mort, qui résultent d'un avortement peuvent aussi reconnaître pour cause l'expulsion d'hydatides, qui ordinairement sont produites par la destruction d'un ovule.

LIVRE IV.

DES SOINS QU'IL FAUT DONNER AUX ENFANTS ET DU TRAITEMENT DE LEURS MALADIES.

CHAPITRE Ier.

DES SOINS A DONNER A L'ENFANT.

SECTION Ire. — *De la séparation de l'enfant, de la conduite à tenir envers les enfants morts-nés, et des marques qui indiquent qu'ils n'ont pas respiré.*

Lorsqu'un enfant est né, la première chose à faire c'est de constater s'il respire ou s'il est vivant. S'il crie et s'il respire vigoureusement, on peut en sûreté le séparer de la mère (1); c'est ce qui se pratique en appliquant une ligature sur le cordon ombilical à environ un demi-pouce de l'ombilic, tandis qu'une autre est appliquée à deux pouces plus loin du côté du placenta, et l'on divise le cordon entre les deux ligatures avec des ciseaux. Dans quelques pays, la section est faite au moyen d'une pierre tranchante, dans d'autres, au moyen du feu. Différents théoriciens ont nié la nécessité d'appliquer une ligature, mais on a trouvé quelquefois que, lorsque la ligature s'était relâchée, il s'écoulait une grande quantité de sang, et que même il était survenu une hémorrhagie mortelle. — Lorsqu'un enfant ne respire point bientôt après sa naissance, il n'est pas toujours facile de savoir s'il est vivant, car à cette époque l'on n'a d'autre marque certaine de la mort que la putréfaction, et par conséquent il convient toujours, à moins qu'elle ne paraisse, d'employer tous les moyens de rappeler l'enfant à la vie, et plusieurs enfants ont été sauvés après avoir passé pour morts. Les enfants peuvent naître morts en apparence, à la suite du long séjour que la tête a fait dans le bassin, ou de la pression qu'elle a soufferte dans un bassin mal conformé, ou parce que le cordon a été comprimé, soit pendant l'opération de la version et de l'extraction de l'enfant, ou parce qu'il est descendu au devant de la partie de l'enfant qui se présentait, ou parce qu'il était placé pendant le travail, de manière à être comprimé par l'utérus, surtout pendant un accouchement laborieux. Quelques enfants meurent parce que la tête est venue coiffée des membranes quelque temps avant le corps. C'est faute d'attention, car si les membranes étaient retirées de la face, il n'y aurait aucun danger pour l'enfant. De quelque manière qu'arrive la mort de l'enfant, elle peut être attribuée soit à une compression du cordon, qui suspend d'abord la vie et la détruit ensuite, ou à une compression exercée sur le cerveau, ou à un état d'insensibilité et de faiblesse qui empêche l'action de la respiration de s'établir après la naissance.

Les pulsations peuvent durer quelque temps sans respiration apparente, et lorsqu'elles s'arrêtent, elles peuvent reparaître pour un moment lorsqu'on souffle dans les poumons. L'enfant, pendant

---

(1) Le docteur Denman ayant observé que quelques enfants, après avoir commencé, cessaient de respirer, et mouraient après que le cordon était lié, conseille de ne jamais appliquer la ligature que lorsque les pulsations ont disparu. Mais, quand l'enfant est fort et qu'il crie bien, il n'est pas besoin d'attendre si longtemps, et je n'ai jamais vu aucun mauvais effet résulter de cette pratique. On a supposé que, tant que les pulsations continuaient, la fonction de la respiration était imparfaite, mais il n'en est pas ainsi; les pulsations dépendent plus de la continuation de la vitalité du placenta que de l'état des poumons de l'enfant.

tout ce temps, peut être dans un état de léthargie, ne donnant aucun signe de mouvement, ni aucune marque de vitalité, excepté celle de la pulsation, et il meurt bientôt. Les enfants qui viennent au monde rapidement naissent quelquefois dans cet état, et on peut rarement les faire respirer. — En déterminant la conduite à tenir envers les enfants morts-nés, notre premier soin doit être de constater si la circulation continue d'exister dans le cordon. — Si les pulsations sont arrêtées, il ne peut résulter aucun avantage de laisser l'enfant plus long-temps uni à la mère. On doit de suite diviser le cordon, et employer les moyens que je vais indiquer pour faciliter la respiration. — Si les pulsations continuent d'être régulières et fortes, l'enfant ne court aucun danger de ne pas respirer, car la vie fœtale dure encore. La cause de son immobilité est donc très-probablement une espèce de syncope ou de torpeur qui empêche l'action de la respiration de s'établir, ou peut-être une compression du cerveau. Dans les deux cas, la peau est d'un rouge pourpre parce que le sang n'a point été hématosé, et l'on n'a aucune marque distincte de vie qu'après que la respiration a commencé de fonctionner. Il n'est pas rare, dans le premier cas, que l'enfant soit sans mouvement pendant une ou deux minutes, ensuite il fait un léger soupir et il respire lentement, avec le bruit d'un liquide, peut-être la liqueur amniotique, existant dans la trachée, et ensuite tout-à-coup la respiration devient parfaite. Dans le second cas, la respiration, après avoir commencé, continue long-temps gênée, et peut s'arrêter, et l'enfant mourir en peu de temps. — Lorsque le cordon bat au moment de la naissance, il ne faut jamais se hâter de le diviser. Il est très-important de maintenir la circulation fœtale jusqu'à ce que le nouveau mode d'action puisse s'établir, et, dans ce cas là, il ne faut diviser complètement le cordon que lorsque la pulsation s'est arrêtée, parce que si la respiration tarde à se faire, l'on a le placenta comme auxiliaire, si l'union existe encore, et l'action pulmonaire étant suspendue, la circulation fœtale continuera et soutiendra la vie jusqu'à ce que la respiration devienne forte; car les deux modes de vivifier le sang ne sont point incompatibles. Les pulsations finiront sans doute par s'arrêter, soit parce que le cœur de l'enfant cessera d'agir, ou parce que le placenta sera détaché de l'utérus, et qu'alors ses fonctions cesseront; mais, tant que les pulsations continueront et que l'enfant ne respirera point parfaitement, il ne faudra appliquer aucune ligature. Si cependant la respiration ne commençait pas, il faudrait avec une lancette ou des ciseaux ouvrir une des artères ombilicales, d'où le sang jaillira en un petit filet, et quelque temps après la respiration s'établira. Si elle tardait, il faudrait employer quelques moyens pour exciter la vie, comme d'envelopper l'enfant dans de la flanelle chaude lorsqu'il est encore dans le lit; de frictionner surtout le thorax avec la main ou des alcoolats très-forts; d'appliquer des sels volatils aux narines avec une plume, ou d'imprimer de légères secousses au corps en frappant sur le dos.

Mais le remède le plus efficace, c'est de souffler de l'air dans les poumons en appliquant directement sa bouche sur celle de l'enfant en même temps que l'on pince les narines et que l'on presse doucement en arrière les cartilages du larynx, pour fermer l'œsophage. Si la tête est légèrement inclinée en arrière, l'on peut aussi introduire facilement par la bouche, dans le larynx, un tube légèrement recourbé comme les anciens cathéthers. Il peut être introduit sans grande difficulté, quoiqu'il ait un quart de pouce de diamètre, mais il vaut mieux qu'il ait moins, et il devra avoir une extrémité mousse. Il peut avoir six pouces de longueur; la distance de la gencive de la mâchoire inférieure à la face antérieure des vertèbres cervicales est d'un pouce et demi; l'épiglotte n'a pas un quart de pouce au-dessus de la langue, et la glotte est à un quart de pouce au-dessous du bord du cartilage aryténoïde. Il faut, dans tous les cas, souffler avec une grande douceur en même temps que l'on pressera un peu en haut le bord du thorax. Cependant ce n'est principalement que par la descente du diaphragme que l'on peut distendre les poumons; mais elle n'est que partielle. Une force qui ferait soulever les côtes doit assurément rompre les bronches ou les poumons. Je ne puis insister trop fortement sur la nécessité d'employer de la douceur. La tentative d'insufflation doit alterner avec la pression sur le thorax et sur l'abdomen pour expulser l'air de nouveau. Si pendant ce temps les pulsations se sont arrêtées dans le cordon, et si l'enfant ne revient pas, il faut diviser le cordon, car

son union avec le placenta est inutile après que la circulation a cessé. Il ne faut pas lier le cordon, mais seulement y apposer une ligature lâche; ensuite on le coupera et l'enfant sera porté vers le feu, ou on plongera son corps dans de l'eau chaude, et l'on continuera sans relâche la respiration artificielle. On doit aussi faire une injection dans la bouche. Si l'on pouvait employer un courant électrique, il y a lieu de penser qu'il pourrait faire du bien. Si l'enfant, par ces moyens, ou après un temps plus long, commençait à respirer, un peu de sang s'écoulera probablement par le cordon, et la quantité augmentera. Ensuite, si cette saignée paraît aider à la respiration et rendre l'enfant plus actif, on laissera couler le sang jusqu'à la valeur de deux ou trois cuillerées à café. Mais si l'écoulement de sang ne produit pas évidemment un bon et prompt effet, il faudra l'arrêter au moyen d'une ligature, afin qu'il ne fasse pas retomber l'enfant dans un état d'inaction; même lorsqu'il est utile, il faut le restreindre, autrement une débilité dangereuse en serait la conséquence (1). Cette saignée sera principalement utile lorsque la respiration commence assez bien, mais lentement et difficilement, accompagnée de stupeur indiquant une affection du cerveau. A force de persévérer, on trouve quelquefois que le cœur bat et que l'enfant respire une ou deux fois, mais le cœur ne continue pas de battre long-temps. Il est probable, dans ce cas là, que la moelle épinière a été tiraillée ou lésée, ou que le cerveau est affecté.

Quand la forme de la tête est très-altérée, on a proposé, tout en employant les autres moyens, de chercher lentement et doucement à lui faire prendre une forme plus naturelle, mais je doute beaucoup du bon effet de cette méthode. Dans les cas de présentation des pieds, on a supposé que l'extension de l'épine était une cause de mort, et cette assertion est exacte si on a employé de la force pour extraire l'enfant. — On a souvent besoin de savoir si un enfant a été vivant et détruit ensuite; mais les signes ne sont pas sans ambiguité. Si les poumons sont tout-à-fait solides, et s'ils ne flottent pas sur l'eau, l'enfant, certainement, n'a pas respiré; et quoique la respiration puisse d'abord être empêchée par la sage-femme, elle ne peut l'être par la mère. Il y a sans doute des cas où l'enfant a respiré et vécu quelques heures, et cependant les poumons n'ont pas flotté; mais dans ce cas là, ils ne sont pas uniformément compacts. L'air a pénétré dans quelque portion, tandis que le reste des poumons offre l'apparence qu'ils ont avant la naissance (1). Si la tête est très-déformée, il y a raison de plus pour croire que l'enfant est mort-né, et si les langes ont été disposés pour l'enfant, il est à présumer que la mère avait l'intention de le conserver. D'un autre côté, lorsque l'enfant est bien constitué, que les poumons surnagent dans l'eau, que les cellules aériennes contiennent de l'air, donnant, après qu'une incision est faite, une apparence mousseuse aux mucosités que l'on en fait sortir par la pression, il n'y a pas de doute que l'enfant ait respiré; mais l'on ne peut, d'après ces circonstances, dire qu'il a été privé de la vie avec intention. Il faut, pour décider ce point, des faits qui viennent confirmer les soupçons, comme, par exemple, si la naissance a été tenue cachée, si l'on n'a fait aucun préparatif pour recevoir l'enfant, si le cordon n'a point été lié, et si par là on a laissé le sang s'écouler jusqu'à la mort, qui, je pense, doit toujours arriver si on n'applique pas une ligature; s'il a été coupé plus long ou plus court qu'il ne l'aurait été par une sage-femme; s'il y a des marques de violence sur l'enfant, sans que la femme puisse se disculper. Cependant, je dois observer, à ce sujet, qu'il est clairement établi qu'un ou plusieurs des os du crâne peuvent être enfoncés ou fracturés pendant un accouchement naturel, et que même les

(1) Il est quelquefois utile, lorsque la respiration s'établit faiblement, de donner à l'enfant quelques cordiaux ou des stimulants légers.

(1) Le docteur Joerg pense qu'un accouchement trop rapide aussi bien que trop long agit sur la respiration de l'enfant. S'il n'est pas mort-né, les intervalles entre les inspirations sont longs, l'enfant est bleu, et quand il crie, sa voix est faible. Si la mort arrive de bonne heure, on trouve que l'air n'a pénétré peut-être que dans la dixième partie des poumons; si d'un autre côté l'enfant vit pendant quelques semaines, on les trouve hépatisés ou enflammés, avec de petites collections de pus; le trou ovale est ouvert, et les vaisseaux du cerveau sont gorgés de sang. (Dublin, Journ., v. 56.)

sinus longitudinaux peuvent être aussi déchirés.

Si l'enfant n'a pas respiré, les poumons, quoique mous, ne contiennent point d'air. Quand on les coupe, ils ont plutôt une apparence solide; on ne peut point exprimer d'air de la surface coupée; elle ressemble à du foie mou ou à un morceau de rate, et elle est à l'extérieur d'une couleur brune, qui est plus foncée à l'intérieur. Le poumon droit est assez épais et s'avance vers le bord du péricarde. Le poumon gauche est plus petit et plus mince, surtout vers son bord, qui est étendu à plat sur le péricarde, dont un pouce et un quart n'est point recouvert. Lorsque la respiration a été établie, les poumons ont une couleur plus pâle, ils sont plus rouges, et quand on les incise, on peut faire sortir de l'air en pressant la surface, qui présente aussi un aspect un peu granulé. Ils font descendre le diaphragme plus bas, et recouvrent une plus grande partie du cœur. La respiration distend les poumons par degrés, et l'on a établi que, non-seulement une portion du poumon se remplit d'air avant les autres, mais que le poumon droit se distend ou se remplit d'air avant le gauche, et que la bronche droite est un quart plus large que la gauche. Le temps nécessaire pour que les cellules soient complètement distendues varie et diffère selon les individus. Palletta dit qu'il faut au moins une semaine avant que toutes les cellules des deux poumons soient remplies. Le docteur Brent pense que l'on peut décider la question en examinant le trou ovale, qui, si l'enfant n'a pas respiré, est exactement à la fosse ovale, mais qui est tourné à droite aussitôt qu'il a respiré (1). C'est une épreuve très-douteuse. Quelques auteurs disent que le foie devient moins pesant immédiatement après la naissance.

Si l'enfant a le cordon mou et spongieux, si son estomac ne contient que peu de mucus ou de liquide sanguinolent, et si une grande partie du colon renferme du méconium; si le corps a perdu de sa fermeté, si l'épiderme se détache et fait voir au-dessous de lui la peau pourprée ou noirâtre; si la tête est aplatie et flasque, si le tissu cellulaire est infiltré d'une sérosité rougeâtre, et si les viscères présentent une couleur d'un rouge foncé, c'est une preuve que l'enfant est mort dans l'utérus. On trouve souvent aussi un épanchement de sérosité sanguinolente dans le thorax, que l'on ne rencontre pas si l'enfant est né vivant, du moins jusqu'à ce que la putréfaction ait commencé. Lorsque le cordon est plissé, et que son attache est entourée d'un cercle portant des marques d'inflammation, l'enfant a dû naître vivant, et il a vécu quelque temps avant que l'inflammation ait pu s'établir. Il faut toutefois prendre garde de ne pas prendre la rougeur de la peau, qui paraît après qu'on a enlevé l'épiderme, pour une inflammation. Lorsque l'enfant a vécu quelque temps, le colon est presque débarrassé du méconium, et s'il n'est point mort de faim, on peut trouver des restes d'aliments dans l'estomac. Si l'œil est gros, si le corps est raide, si la peau est d'une couleur naturelle, l'enfant est mort depuis peu. On ne peut compter sur aucune conclusion tirée de ce que la peau est dépouillée de l'enduit blanchâtre et graisseux dont elle est ordinairement recouverte lors de la naissance, car quelques enfants en sont plus ou moins privés. Les artères ombilicales, les veines, le conduit artériel, le trou de Botal se ferment dans l'ordre où ils viennent d'être énumérés, et généralement dans les dix jours. En examinant un enfant après que le cordon est tombé, et que la cicatrice ombilicale est guérie, on trouve que les artères ombilicales, ainsi que les veines, sont oblitérées juste à l'ombilic : le trou de Botal et le conduit artériel sont encore ouverts. Ce dernier paraît se fermer par la formation d'une cloison et par une coagulation qui s'établit des deux côtés. Cette cloison est assez distincte au quatrième jour (1).

(1) Il dit que le conduit se rétrécit immédiatement vers l'aorte, tellement, qu'au lieu d'être cylindrique, il est conique; ensuite, en se rétrécissant de tous les côtés, il devient de nouveau cylindrique, et au bout d'une semaine il n'est pas plus large qu'une plume de corbeau. Le trou ovale est quelquefois fermé dès le premier jour, mais souvent il ne l'est qu'après plusieurs jours; sa position sur la valvule est changée; d'abord il est au centre, mais aussitôt que la respiration commence, il est bientôt à droite, et il se dirige de bas en haut vers le côté gauche, tournant en quelque sorte autour du bord droit de la valvule.

(1) Devergie, t. I, p. 520, donne le ré-

L'opinion des médecins est très-partagée, sur l'importance qu'il faut attacher à cette circonstance, savoir, que les poumons avec le cœur surnagent ou non dans l'eau froide. Le docteur Hunter, entre autres objections, dit que l'enfant peut respirer lorsque la tête seule est sortie, et qu'il peut mourir avant que le corps soit dégagé. M. Marc, d'un autre côté, soutient que le thorax étant comprimé au dedans du bassin, ne peut se distendre, et que l'air ne peut entrer que dans la trachée, sans faire gonfler les poumons. En cela je crois qu'il va trop loin, car de l'air peut pénétrer partiellement dans les poumons, mais je ne crois pas qu'ils soient assez remplis pour ressembler à des poumons où la respiration s'est établie. De plus on a dit que, quoique l'enfant fût mort-né, cependant, lorsqu'on avait fait des tentatives pour souffler artificiellement de l'air dans les poumons, ceux-ci surnageaient, quand bien même l'enfant n'aurait jamais respiré. On a répondu à cette objection en soutenant que, quoiqu'on puisse introduire de force de l'air dans les poumons, cependant c'était partiellement, et que l'on trouverait les vaisseaux sanguins vides, ou contenant très-peu de sang, comparés au reste du système circulatoire. Les poumons ne peuvent être aussi pleinement distendus par la respiration artificielle que par la naturelle, car il manque l'aide de l'élévation des côtes et de la descente du diaphragme, pour agrandir le thorax. Si le diaphragme a été refoulé en bas par l'expansion des poumons, il est très probable que l'on a employé une force suffisante pour rompre quelques-unes des cellules pulmonaires, ce qui est très-aisé à effectuer. La putréfaction, a-t-on dit, fera surnager les poumons, quoique l'enfant n'ait jamais respiré; mais Camper, Marc, et d'autres excellents observateurs, s'accordent à dire que les poumons se putréfient plus tard chez l'enfant mort-né que la plupart des autres parties du corps, et ils soutiennent que ce travail ne s'établit pas même, dans l'été, à l'intérieur du thorax, en moins de six jours, et dans l'hiver, en moins de six semaines. C'est aussi une erreur que de supposer qu'un poumon à l'état de putréfaction doit être nécessairement emphysémateux; j'ai conservé des poumons jusqu'à ce qu'ils fussent putréfiés, et je les ai toujours vus couler à fond, et je n'ai point remarqué qu'il se dégageât des gaz de leur substance : il est plus probable qu'ils se sont fait jour de dessous la plèvre. En somme, je suis porté à avoir une grande confiance dans cette épreuve, et je suis heureux de voir mon opinion confirmée par M. Fodéré, qui dit que « la supernatation du cœur avec les poumons est une preu-

---

sumé suivant de ses observations. « Le premier jour le cordon commence à se plisser, mais il est intimement lié à l'anneau ombilical par ses membranes; le trou ovale et tous les vaisseaux sont ouverts. Au deuxième jour, le cordon entièrement ridé, le trou ovale ouvert, excepté quatre fois sur vingt-deux, fermé en partie dans trois cas, le conduit artériel commençant à se fermer, les artères ombilicales plus ou moins oblitérées, la veine ombilicale et le conduit veineux libres. Au troisième jour, le cordon desséché, le trou ovale quelquefois fermé, le conduit artériel quelquefois oblitéré, deux fois dans vingt-deux cas, les artères ombilicales très-souvent oblitérées, la veine et le conduit veineux ouverts. Au quatrième jour, le cordon commençant à se séparer, le trou ovale ouvert dix-sept fois sur vingt-deux, le conduit artériel en partie oblitéré dans sept cas, parfaitement dans trois, les artères ombilicales quelquefois encore ouvertes près des iliaques; la veine et le conduit veineux considérablement rétrécis. Au cinquième jour, le cordon généralement détaché, le trou ovale ouvert treize fois sur vingt-neuf, le conduit artériel ouvert dans la moitié des cas, les artères, la veine ombilicales et le conduit veineux oblitérés; la veine cependant est quelquefois ouverte. Au huitième jour, le cordon est toujours séparé et la cicatrisation commencée, le trou ovale ouvert cinq fois sur vingt; le conduit artériel complètement oblitéré, sur la moitié, les autres vaisseaux fermés. Du neuvième au onzième jour, la cicatrisation est souvent complète, mais souvent il y a une exsudation muqueuse jusqu'à l'oblitération complète des vaisseaux, elle dure jusqu'au vingt-cinquième jour, de sorte que la cicatrice cutanée ne se forme que plus tard, l'épiderme se détache au tronc et au pli des articulations. Du vingtième au vingt-sixième jour, détachement de tout l'épiderme. Du trentième au trente-cinquième jour, détachement complet de l'épiderme, excepté aux mains et aux pieds, ou il n'a lieu qu'au quarantième jour. » Le même volume renferme un rapport circonstancié de l'état du fœtus à des périodes différentes de la vie intra-utérine, qui peut servir dans les questions de jurisprudence.

ve que la respiration a été très-prononcée. » Si les poumons ont été entièrement distendus par la respiration, il faut, lorsque le cœur a été détaché, ajouter un poids de deux jusqu'à quatre onces pour les faire couler à fond.

La non-supernatation des poumons, du cœur et du thymus réunis ensemble, jointe à l'apparence du poumon chez un enfant mort-né, que nous avons décrites, prouvera qu'il n'a pas respiré. Si l'on introduit de l'air dans les poumons d'un tel enfant, ils prennent aussitôt une belle couleur vermeille, et quand, par la pression, on leur enlève autant que possible l'air introduit, ils ne reprennent pas leur ancienne couleur. Mais la circonstance qu'il ne faut pas oublier pour le moment, c'est que, si on laisse seulement le poumon gauche, il fera surnager le cœur et le thymus. — Ploucquet, en considérant que les poumons, chez le fœtus, contenaient beaucoup moins de sang qu'après la respiration, conclut qu'il serait possible de déterminer si un enfant a respiré, en comparant le poids des poumons avec celui du reste du corps, au moyen d'une balance exacte : le sang, en circulant dans les poumons par la respiration, double leur poids primitif. Ainsi, avant la respiration, on trouve que le poids des poumons est à celui du corps comme 1 est à 70, tandis qu'après la respiration il est comme 2 à 70. D'autres auteurs, comme Haartmann, donnent une proportion différente, en l'établissant comme 1 est à 59 avant la respiration, et comme 1 est à 48 après la respiration. Lecieux, de son côté, conclut, d'après un grand nombre d'expériences, qu'il n'y a point de rapport constant. Les poumons d'un fœtus entièrement développé, avant la respiration, pèsent huit cents grains. On peut avec fruit examiner le poids absolu aussi bien que le poids relatif des poumons. En appelant à notre aide toutes ces remarques, l'on sera rarement embarrassé de prendre une décision, et notre opinion sera confirmée (1). L'on peut aussi appeler à son secours les épreuves chimiques, pour constater la nature des gaz que l'on recueille en déchirant ou en exprimant les poumons sous une cloche plongée dans le mercure.

SECTION II. — *De la propreté de l'habillement, et de la température qui convient aux enfants.*

Après que l'enfant est séparé du placenta, il faut l'envelopper dans un morceau de flanelle fine, appelé couchette, et le donner à la nourrice. Ensuite on enlèvera doucement et délicatement la substance molle et blanche qui couvre généralement la peau, en la lavant avec de l'eau tiède, et en employant une éponge et quelquefois un peu de savon. Il n'est pas nécessaire de l'enlever entièrement, ni de frotter au point d'écorcher la peau, mais dans tous les cas, surtout s'il y a raison de soupçonner que la mère a eu une gonorrhée ou un chancre, il faudra laver la surface de la peau. C'est aussi une coutume, parmi un grand nombre de nourrices, de laver le corps, ou au moins la tête, avec des spiritueux, pratique qui ne peut être bonne à rien, et qui peut être suivie de conséquences fâcheuses. Après que l'enfant a été essuyé, il convient d'envelopper ce qui reste du cordon ombilical avec un morceau de linge fin, et de le fixer au moyen d'une bande que l'on passe autour du ventre. On dit que cela est nécessaire pour empêcher la hernie ombilicale, mais la hernie a lieu, non parce que l'enfant n'est pas entouré d'un bandage, mais parce que l'ombilic est extraordinairement large, et dans les pays où on n'emploie point de bandage, la hernie n'est pas une affection commune. Un bandage trop serré cause de la douleur, de la difficulté de respirer, et produit d'autres mauvais effets. La seule utilité du bandage, c'est de maintenir le linge que l'on applique par propreté autour du cordon.

C'était autrefois la pratique d'envelopper l'enfant dans des langes qui serraient tout son corps et d'étendre ses bras et ses jambes, tandis que l'on soutenait la tête au moyen de bandes qui allaient du bonnet au corps. Une méthode plus simple est suivie de nos jours, et il paraît être généralement reçu que plus les vêtements sont simples et lâches, plus l'enfant sera à son aise. Les nourrices craignent particulièrement que la tête ne prenne froid, et par conséquent elles

(1) Il y a un très-bon mémoire sur l'infanticide, par M. Hutcheson, dans le *Med. and. phys. journ.*, n° 254 et seq. (Voy. aussi la *Médecine légale* de Capuron, et un traité très-utile sur ce sujet, dans l'*Edin. med. Journ.*, vol. XIX, p. 449, et les leçons de M. Orfila.) Un des rapports les plus complets se trouve dans la *Médecine légale* de Devergie, t. I, p. 484 et seq.

sont sujettes à la tenir trop chaudement. En été un petit bonnet en coton suffit, je crois, pour tenir la tête chaude; mais en hiver on peut ajouter un second bonnet, mais il ne faut point les attacher par des épingles, il vaut mieux se servir de cordons pour la tête et pour les autres parties de l'habillement de l'enfant. Le reste des vêtements consiste en une courte chemise et en une couverture de flanelle fine, ce qui vaut mieux pendant une semaine ou deux que des pièces séparées qu'emploient un grand nombre de femmes, et qui demandent plus de temps et plus de difficulté quand on change l'enfant. Tous les enfants crient quand on les change et qu'on les habille, par conséquent, plus l'opération sera courte et simple, mieux vaudra. Enfin on appliquera un linge pour recevoir les matières fécales et les urines, et on devra l'ôter dès qu'il sera sali. En apportant de l'attention on peut instruire de bonne heure un enfant à indiquer lorsqu'il a envie d'uriner ou d'aller à la selle, et alors on pourra le tenir sur un vase ou sur une bassine. Il convient d'encourager l'enfant à remplir ces fonctions à des intervalles réguliers. On devra laver et essuyer le derrière et les cuisses des enfants chaque fois qu'ils seront sales. On devra aussi laver le corps régulièrement matin et soir avec une éponge et de l'eau, d'abord un peu tiède, mais que l'on abaissera bientôt au moins à la température de l'eau froide en été; mais quoique ce soit une règle générale, cependant quelques enfants ne s'en trouvent pas bien, étant languissants, froids et pâles après être lavés, et pour ceux-ci il faudra faire chauffer un peu l'eau pendant quelques semaines. On imprimerait dans ce pays une trop violente secousse à l'enfant si on le plongeait dans de l'eau froide, mais vers le troisième mois il conviendra de le faire tous les jours.

La température dans laquelle on tiendra les enfants devra être telle qu'elle n'augmente ni ne diminue la chaleur naturelle de la surface de la peau. L'enfant dans l'utérus est placé dans une température d'environ 96 ou 98 degrés au thermomètre de Fahrenheit; mais la puissance qu'il a de produire de la chaleur est probablement beaucoup moindre après la naissance. La chaleur de la chambre et la quantité des vêtements devront être telles qu'elles conviendraient à un adulte. Il faut éviter, d'un côté, une chaleur qui affaiblisse, et, de l'autre, l'exposition au froid. On devra renouveler l'air de l'appartement; mais l'on ne devra en hiver exposer l'enfant à l'air libre qu'après un mois, vu qu'il peut produire des convulsions ou un catarrhe avec fièvre, ou une affection intestinale.

SECTION III. — *De la nourriture des enfants.*

On a l'habitude de donner à l'enfant un peu de nourriture avant de lui présenter le sein, et très-souvent une médecine, telle qu'un sel purgatif, de la magnésie ou de la manne, pour faire évacuer le méconium. On pourrait peut-être mettre en question la nécessité absolue de l'une ou de l'autre de ces pratiques, surtout si la mère peut donner le sein à l'époque ordinaire. Un peu d'eau et de lait est, du reste, tout ce qui suffit; et quant aux laxatifs, je crois qu'ils sont rarement nécessaires. Si cependant le méconium n'est point expulsé, si l'enfant ne va pas à la selle dans les douze ou seize heures après la naissance, s'il paraît oppressé ou souffrant, on pourra lui donner avec avantage un peu de manne; mais généralement le premier lait qui est sécrété, appelé colostrum, est assez actif. Quand les intestins commencent à fonctionner et que la bile est abondamment sécrétée, il arrive que l'enfant, à la suite de l'absorption de la bile, ou peut-être du méconium, présente une teinte jaune sur la peau, qui est appelée *gourme*. Elle est quelquefois accompagnée d'un état soporeux. Si quelque médicament est nécessaire, c'est un doux laxatif.—Tous les enfants sont destinés à être élevés au sein, et ils doivent le prendre de bonne heure, généralement entre les douze et vingt-quatre heures qui suivent la naissance. Quelques mères cependant ne peuvent pas, et d'autres ne veulent pas allaiter (1) leurs enfants, mais elles emploient une autre nourrice (2), ou elles

---

(1) Van Helmont, et après lui Browzet et d'autres auteurs, ont dit qu'il ne fallait pas donner le sein aux enfants, mais les nourrir de lait d'ânesse et de chèvre, ou d'une panade faite avec du pain bouilli dans un peu de bière et sucrée avec du miel.

(2) Lorsqu'on choisit une nourrice, il est nécessaire de savoir si elle jouit d'une bonne santé, si elle est abondamment fournie de lait. On a établi des règles pour pouvoir constater la qualité du lait à la simple vue; mais il suffit qu'il ne soit pas

élèvent leurs enfants au biberon. Si l'on adopte le dernier mode, il est nécessaire de déterminer la nourriture qui convient et la meilleure manière de la donner à l'enfant.

Il est évident que la nourriture qui conviendra le mieux à un enfant sera celle qui ressemblera le plus au lait de la mère. Il ne suffit pas que nous lui donnions simplement du lait, il faut que le lait ressemble à celui d'une femme. Il est certain que le lait de chaque espèce d'animaux convient le mieux aux petits de chaque espèce, et l'on sait qu'il y a une grande différence, pour la saveur et la proportion des parties constituantes, dans les laits divers. Cependant dans beaucoup de cas le lait d'un animal conviendra au petit d'une espèce tout-à-fait différente. Ainsi un petit chien a été nourri par une chatte. Le lait se compose de crème, de caséum et de petit-lait, et ce dernier, dont la plus grande portion est formée d'eau, est la seule partie qui devienne aigre. La quantité de la crème est plus grande dans le lait de la brebis, puis dans celui de la femme, de la chèvre et de la vache, ensuite dans celui de l'ânesse et de la jument. La proportion du petit-lait est plus grande dans le lait des juments et des femmes que dans celui de la vache ou de la brebis. Quant à la partie caséeuse, elle est la plus forte dans le lait de brebis, de chèvre, de vache, d'ânesse et de jument dans l'ordre dans lequel je viens de les énumérer, et elle est moindre dans celui des femmes. Le sucre est très-abondant dans le lait de la jument et de la femme, et il l'est moins dans celui de la chèvre, de la brebis et de la vache. Le lait de femme contient plus de crème que le lait de vache, cependant on ne peut en faire de beurre; il renferme beaucoup de petit-lait, et cependant rarement il s'aigrit étant exposé à l'air, et ne passe pas à la fermentation vineuse ou putride. Les acides ne font pas coaguler le lait de femme.

D'après ces remarques, il résulte que si on ne présente pas le sein à un enfant, la meilleure nourriture pour lui sera du lait qui ressemble à celui de la femme, et le plus semblable c'est le lait d'ânesse; mais comme on ne peut pas toujours s'en procurer, il faut modifier celui de la vache de manière à diminuer la proportion de la matière caséeuse, et à augmenter celle du sucre et de la crème, ce que l'on fait en ajoutant, parties égales d'eau, un sixième de crème fraîche, ou moins si le lait est épais, et un peu de sucre. Quelques accoucheurs mêlent le lait avec de l'eau de gruau, d'orge, ou de l'arrow-root très-fin, ou bien on peut l'étendre d'eau en ajoutant une petite quantité de sel, de manière à lui donner du goût. On peut alors le sucrer un peu. Il faut faire le mélange au moment où on doit le donner, car en le laissant pendant quelque temps il acquiert des propriétés mauvaises. On ne doit point le présenter avec une cuillère, mais l'enfant doit le sucer tout chaud au moyen d'une bouteille faite

---

trop épais, et qu'il ait un bon goût. Quant à la quantité, on ne peut l'apprécier d'abord, car le lait peut être gardé de manière à distendre les seins, et leur donner un bel aspect. Une femme âgée de plus de 35 ans, ou qui a des seins petits et flasques, ou des excoriations aux mamelons, ou qui voit ses règles pendant qu'elle nourrit, ou qui est d'un caractère violent, ne devra point être prise pour nourrice. Le lait, pendant la menstruation, est sujet à ne plus convenir à l'enfant, et à produire des vomissements ou de la diarrhée, mais cela n'arrive pas toujours. Les passions violentes de l'âme troublent encore plus le lait; il devient souvent un peu épais et jaunâtre, et il cause des coliques ou même des convulsions. Les nourrices qui sont sous le poids d'une maladie héréditaire devront être rejetées. Pour des motifs de prudence, son enfant, s'il est vivant, devra être présenté, pour savoir s'il se porte bien, et on l'examinera avec soin, ainsi que le mamelon de la mère, dans la crainte que la nourrice n'ait la syphilis. On ne devra pas choisir pour nourrice une femme qui allaite depuis plusieurs mois, vu que son lait est sujet à disparaître au bout de quelque temps, ou à devenir mauvais, car la partie caséeuse augmente de quantité. Il est de plus essentiel d'examiner la conduite morale de la nourrice, car celles qui s'enivrent ou qui sont légères peuvent causer beaucoup de mal à l'enfant. — Quant aux aliments que doit prendre la nourrice, il ne convient pas de la gorger de nourriture ou d'établir une grande différence pour la qualité, dans les aliments qu'elle avait coutume de prendre. Il est bon aussi qu'elle s'occupe un peu dans la maison, autrement elle devient indolente ou trop puissante. Quand une nourrice se trouve être enceinte, le lait diminue souvent de quantité, mais il ne devient pas nuisible; au contraire, la quantité de phosphate de chaux qu'il renferme paraît augmenter dans le cours de la grossesse.

exprès, au bout de laquelle est adapté un morceau de linge fin que l'on attache autour de l'ouverture perforée, au moyen d'un mamelon artificiel. La panade faite avec de la mie de pain ne convient pas, et la bouillie est encore plus mauvaise. Dans le troisième mois, outre le mélange de lait, on peut donner, de temps à autre, un peu de bouillon faible ou une petite quantité de soupe, telle que de la panade faite avec la croûte de pain de gruau, en prenant soin d'écraser entièrement les morceaux trop gros et en mettant un peu de sel, qui vaut mieux que du sucre. On la mêlera à du lait. L'arrow-root, la gelée de pieds de veau, etc., sont aussi très-convenables; et, à mesure que l'enfant avance en âge, on permettra de lui donner des œufs arrangés en une crème légère, etc. Quelques auteurs ont proposé une panade faite avec de la fleur de farine d'orge. En y apportant de l'attention, on peut habituer l'enfant à manger à des heures réglées (1), surtout lorsqu'il a déjà plusieurs mois; et il faudra bien prendre garde qu'il ne tette par trop à la fois. Si on ne donne pas le sein à l'enfant, on est assuré que la nourriture artificielle lui convient lorsqu'il est plein de vie et que les fonctions digestives se font bien; mais lorsqu'elle ne convient pas, ce qui n'arrive que trop souvent, il est engourdi et lourd, ou il crie beaucoup, et souvent il y a soit de la constipation ou de la diarrhée, et, dans les deux cas, les matières sont fétides et ont un mauvais aspect. Si cet état des intestins n'est point modifié par des médecines, il y a toute probabilité que l'enfant sera perdu; si on ne lui procure pas une nourrice, il succombera aux convulsions ou à la diarrhée.

Quand un enfant tette le sein, il n'y a pas nécessité, si la sécrétion du lait est abondante, de lui donner d'autre nourriture pendant trois ou quatre mois. Après ce temps-là cependant il sera bon de lui donner un peu d'aliments de l'espèce de ceux que nous avons énumérés plus haut, et l'on devra augmenter graduellement la quantité à mesure que l'on s'approchera de l'époque du sevrage, à laquelle les organes de la digestion peuvent s'accommoder au changement de nourriture qui a lieu alors. Quant à l'âge où il faut sevrer l'enfant, il n'est pas possible de donner aucune règle absolue. En général, plus l'époque sera prolongée, pourvu qu'elle ne dépasse pas un an, plus l'enfant prospérera si le lait est toujours bon. Lorsqu'un enfant tette au delà d'un an et quand on lui donne peu de nourriture autre que le lait, ou quand le lait s'altère de bonne heure, l'enfant est sujet à en souffrir. En somme, les enfants délicats devront téter plus long-temps que les enfants robustes; et, si c'est possible, on ne devra pas sevrer l'enfant au milieu de la pousse des dents, ou bientôt après la guérison de quelque maladie débilitante. Si la santé de la mère le permet, elle peut allaiter son enfant depuis neuf jusqu'à douze mois. Après que l'enfant aura été sevré, il faudra faire grande attention à la nourriture, qui devra consister en soupes faites avec du pain et du lait, en de légers poudings, en arrow root, etc. Aussitôt que les dents paraîtront pouvoir mâcher, on pourra donner un peu de nourriture animale une fois par jour. — L'habillement des enfants, à mesure qu'ils grandiront, devra être réglé, en quelque sorte, selon les usages du pays et d'après la saison. Les vêtements devront être toujours larges et chauds. M. Locke dit qu'un enfant doit porter des souliers minces et avoir les pieds humides, afin qu'il s'endurcisse; mais l'expérience prouve que les enfants des pauvres, qui sont exposés à toutes sortes de privations et de souffrances, ne s'en trouvent pas mieux. La propreté est essentielle à la santé; l'on devra laver tout le corps une fois au moins par jour, et les cheveux seront peignés et brossés tous les jours pour empêcher qu'il ne se forme des croûtes. On proportionnera l'exercice à l'âge. Les enfants dorment beaucoup et ne peuvent point prendre d'exercice, excepté celui que leur procurent leurs nourrices; mais, quand ils ont environ deux mois, on peut les placer sur un tapis et leur permettre de se traîner. Lorsqu'ils peuvent marcher, on les laissera courir çà et là librement; et il sera avantageux, lorsque les circonstances le permettront, que les premières années de la vie soient passées à la campagne.

Il est très-difficile, à cause de l'inexactitude des tables, d'établir la mortalité comparative à différents âges. Dans cette ville, en 1830, il naquit 6397 enfants vi-

(1) Cela a cet avantage que, lorsque l'enfant est élevé au sein, il ne le demande pas à toute heure indistinctement, et on ne doit permettre à aucun enfant de téter lorsque sa nourrice est endormie, vu qu'il est sujet à se donner une indigestion.

ants, savoir : 3281 garçons et 3116 filles. Il y eut 877 enfants morts au-dessous d'un an, et 623 au-dessous de deux ans. Dans les deux cas, le nombre des garçons fut plus grand que celui des filles. — L'année dernière (1836), il y eut 3225 enfants d'enregistrés, savoir : 1695 garçons et 1530 filles. Il y eut 1618 enfants qui moururent au-dessous d'un an, et le nombre des filles fut le plus grand. Il y eut 1216 depuis un an jusqu'à deux ; 1055 depuis deux ans jusqu'à cinq, et 184 de cinq ans à dix ans. Il y eut 188 morts au-dessous d'un mois, et dans ce nombre celui des garçons fut le plus grand; ensuite, jusqu'à moins d'un an ce fut le contraire. Le plus grand nombre de morts eut lieu chez les enfants âgés depuis un jusqu'à quinze mois; ensuite la mortalité la plus grande fut entre trois mois et un an.

CHAPITRE II.

DES MALADIES CONGÉNITALES ET CHIRURGICALES.

SECTION Ire. — *Du bec de lièvre.*

Quand un enfant est né, il est nécessaire de s'assurer s'il n'a aucune imperfection congénitale, ou s'il n'a éprouvé aucun accident en venant au monde. Je puis ici faire brièvement quelques observations sur les imperfections les plus fréquentes et les plus importantes. La première que je ferai remarquer, c'est le bec de lièvre, qui peut exister à différents degrés et s'accompagner d'une perte de substance dans la voûte palatine. Quelquefois on a fait l'opération bientôt après la naissance, mais généralement elle échoue, et quelquefois l'enfant meurt, il vaut mieux la différer jusqu'à dix ou douze mois ou même plus long-temps. On devra élever l'enfant au biberon, à moins que le vice de conformation soit si petit qu'il puisse téter un large mamelon d'où le lait s'écoule librement, autrement il ne peut que sucer une ou deux gorgées à chaque fois en appliquant ses narines sur le sein.

SECTION II. — *Imperforation de l'anus, de l'urètre, etc.*

L'imperforation de l'anus peut exister à différents degrés, il peut y avoir une apparence d'anus, mais l'oblitération existe un peu plus haut. On la découvre en introduisant un petit morceau de papier roulé et enduit d'huile, ce qu'il faut toujours faire quand l'enfant tarde longtemps à expulser le méconium ; si le papier est sali par des matières fécales l'on peut être sûr que le rectum n'est point imperforé. Une sonde mousse, introduite avec prudence, constatera aussi l'état de l'intestin, ou on peut introduire sans grand effort le petit doigt préalablement enduit d'huile, pour reconnaître l'état de l'intestin plus en avant. Une sonde, si on la dirige un peu en avant, atteindra le promontoire du sacrum lorsqu'elle aura été introduite à un pouce et demi. Quelquefois l'anus n'est recouvert que par une légère membrane. Dans d'autres cas, une grande partie du rectum manque, ou il se termine dans la vessie chez le garçon, et dans le vagin chez la fille; cette dernière déviation n'est point mortelle. Il est toujours bon de pratiquer une incision à l'anus ou à l'endroit où il devrait s'ouvrir, si on n'apercevait aucune trace, et on doit la pousser jusqu'à environ un demi-pouce ou un pouce de profondeur. Si l'on ne trouve aucun intestin, on pourra enfoncer un trois-quarts ou une lancette un peu plus en avant dans la direction du rectum. Si, au moyen de cette opération, l'intestin est ouvert, on devra maintenir une mèche dans la place pour l'empêcher de se fermer (1) ; mais si on ne trouve rien, on ne doit point pousser plus loin l'incision, mais il faut pratiquer un anus artificiel (2) en ouvrant le colon. Cet intestin est en quelque sorte irrégulier dans sa direction, des deux côtés, mais il est uniforme dans ses rapports avec une portion du côté gauche, où il faut seulement l'ouvrir ; il descend le long de la crête iliaque et se dirige en avant, tout près du ligament de Poupart, pendant un

---

(1) Dans un cas opéré par M. Cervenon, dans lequel il fallut porter l'incision à un pouce de profondeur, on fut obligé d'employer une bougie pendant un an. L'enfant put retenir ses matières fécales, mais l'anus paraissait comme s'il était enfoncé à un pouce plus profondément que d'ordinaire. (*Recueil périodique*, t. I, p. 36.)

(2) Voyez les observations sur ce sujet, de Dumas et d'Allan, dans le *Recueil périodique*, t. III, p. 46 et 123, et un cas remarquable rapporté par Duret dans le tom. IV, p. 45.

assez long espace. Chez quelques fœtus, il se rend directement à travers le pubis vers te côté opposé, avant qu'il ne descende en bas. On commence l'incision à l'épine iliaque et on la prolonge parallèlement au ligament de Poupart, et assez loin de l'épine, de manière à éviter la circonflexe iliaque. Nous ne poussons pas l'incision plus loin que d'un pouce, afin d'éviter l'épigastrique et l'hypogastrique ou les artères ombilicales. Le colon, en cet endroit, est généralement rempli de méconium, mais quelquefois il est vide; par conséquent, il faut faire attention au volume, et il ne faut pas aller presque plus loin que le ligament à la recherche de l'intestin de peur de saisir une anse des petits intestins au lieu du colon. Ensuite on ouvrira l'intestin, et s'il a de la tendance à faire saillie, ce qu'il faut craindre plus que le retrait en dedans, on pourra pratiquer un point de suture. Chez la femme, la trompe et l'ovaire sont placés derrière le colon; il ne faut pas les amener en bas. Dans quelques cas, le colon est accollé aux parois; dans d'autres, il est un peu plus en arrière. Il n'est pas possible, à cause des sinuosités du colon, de passer avec sûreté un instrument flexible, à partir de l'ouverture de la plaie jusqu'au rectum; sans cela, on pourrait, en introduisant le doigt dans l'anus, ou dans l'incision que je suppose avoir été préalablement faite dans la région anale, sentir le bout de la bougie et inciser les parties interposées. En s'abstenant de faire l'opération, la mort n'est point inévitable. Dans la *Revue Médicale*, pour le mois de décembre 1823, il y a l'histoire d'un homme qui vivait encore et qui était âgé de soixante-dix ans, dont l'anus et l'urètre étaient imperforés. Il expulsait ses excréments par des vomissements.

L'imperforation de l'urètre est rare, car ordinairement, dans les cas supposés d'imperforation, le canal s'ouvre environ à moitié route, entre le gland et le scrotum. On ne peut raisonnablement faire aucune opération à cette époque, et même à un âge plus avancé; celle qui consiste à perforer le gland réussit rarement, elle n'a de chances de succès que lorsque l'urètre s'ouvre près de l'extrémité. La rétention d'urine qui ne dépend pas d'une mauvaise conformation est promptement guérie en introduisant une sonde dans la vessie. Les imperfections, dans la structure du vagin et de l'hymen, ont déjà été étudiées. — L'imperforation du conduit auditif est très-rare, et on peut rarement y remédier, à moins que le canal ne soit fermé par une membrane. L'adhérence des paupières se complique souvent d'une imperfection de l'œil lui-même; mais, quand cela n'a pas lieu, l'opération est conseillée. — J'ai vu dernièrement un enfant chez lequel le conduit lacrymal, entouré de ses enveloppes ordinaires, pendait le long des joues et laissait écouler des larmes par son extrémité. — Les enfants, mais surtout les avortons, ont quelquefois un membre de moins ou tronqué : ceci a été bien décrit par le docteur Simpson et le docteur Montgomerie. Ce dernier est en possession de quelques beaux modèles. Il attribue l'absence du membre à une bande de fibrine agissant comme une ligature autour du membre.

SECTION III. — *Hernie ombilicale.*

Quelquefois l'ombilic est extrêmement large, et une hernie recouverte de son enveloppe lisse paraît bientôt après la naissance, mais encore plus souvent entre le second et le quatrième mois. On peut adopter deux modes de traitement, le premier c'est la compression maintenue avec beaucoup de soin, et il faut toujours l'essayer. Elle produit, dans quelques cas, une guérison radicale, vu que l'ouverture ombilicale se contracte, ce qui n'arrive jamais chez les adultes. Le second mode consiste à réduire l'intestin et à lier le sac avec une ligature simple ou double. On a aussi proposé d'ouvrir le sac et de fermer l'ouverture par des épingles ou des points de suture; mais cette pratique n'a aucun avantage sur la double ligature. Dans un cas de hernie ombilicale, où l'urine s'écoulait par l'ouraque qui n'était point oblitéré, Schmid employa avec succès la compression. — Dans quelques cas, on trouve une grande portion d'intestin faisant saillie lors de la naissance au dedans du cordon. Ce peut être compliqué d'un état d'imperfection ou de transparence des parois abdominales; mais que cet état existe ou non, l'enfant meurt généralement dans les quarante-huit heures. L'abdomen est trop petit pour retenir l'intestin refoulé et quand bien même la réduction serait possible, l'enfant, si l'on peut juger d'après l'expérience, n'a pas grandes chances d'exister. Dans un cas, M. Hey vit la tumeur se rompre pendant le travail. — Les autres espèces de hernies devront

re traitées d'après les règles générales. n tiendra libre le cours du ventre et on évitera tout mouvement violent. our chercher à maintenir l'intestin avec n bandage, il faudra pouvoir le faire vec efficacité ; car si l'intestin fait saile, il se trouvera pincé par la pelote, ce ui produira de la douleur, une inflamation locale, et souvent des convulons.

SECTION IV. — *Spina bifida.*

Le spina bifida est une imperfection u canal vertébral, sinon aussi de la oelle épinière. L'os est imparfait vu ue la partie postérieure manque ; une umeur se forme à l'extérieur, contenant n liquide, et elle est recouverte par la eau, qui ressemble quelquefois au reste es téguments ; mais généralement elle t plus fine, plus lisse, et d'une couleur ougeâtre ou pourprée. La tumeur est rement, lors de la naissance, plus rosse qu'une petite noix ; mais si l'enint vit, elle s'élève peut-être jusqu'au olume du poing. Elle renferme un liuide, transparent ou coloré, de sorte u'elle est molle et fluctuante, ou élastique, selon le degré de la tension. La oelle épinière peut se prolonger tout ntière à travers le sac, ou peut s'y terminer pour recommencer plus bas, mais ême quand elle paraît se terminer, souent elle s'épanouit comme une memrane sur la poche ou sur les membranes latées du cordon, qui sont plus épaisses plus vasculaires que de coutume. uand cela a lieu, il naît des filaments ui forment les gros nerfs du plexus isniatique ; car quoique la tumeur puisse xister partout, à partir du cou jusqu'en as, cependant elle est située ordinaireent dans la région lombaire. Elle se e généralement à l'hydrocéphale ; il y toujours du liquide dans la gaîne du ordon de la moelle : pour cette raion, on l'a appelée hydrorachis. Si la uantité du liquide est petite, on peut, ir la pression, la refouler de la tumeur ns l'épine. Les extrémités inférieures euvent ou non être paralysées, ou il y une rétention d'urine et de matières cales, ou bien une incontinence, et la ifférence ne dépend pas toujours de intégrité ou de l'imperfection du coron. Dans quelques cas, la poche s'oure au moment de la naissance, c'est une aladie mortelle, et la mort est généraement précédée par une inflammation u une gangrène u sac.

On a proposé deux sortes de traitement, le palliatif et le radical ; mais le dernier est fondé sur l'idée que la maladie est limitée au siége de la tumeur, tandis qu'il y a un épanchement plus étendu. Le premier mode consiste à chercher, par la pression, à faire rentrer le liquide dans le canal vertébral, s'il n'est pas assez considérable pour produire une compression sur les parties, ensuite on applique une compresse ou une pelote, ou bien, si la tumeur est trop volumineuse pour permettre ce refoulement du liquide, on pourra appliquer, du moins dans le premier cas, une compresse concave au moyen d'un moule fait avec du plâtre. Cette méthode est seulement palliative, c'est-à-dire qu'elle n'ôte pas l'imperfection, mais qu'elle peut conserver la vie. Sir Astley Cooper compte beaucoup sur cette méthode quand il n'y a pas d'ulcération sur la surface du sac. Le second mode expose le malade à un grand danger à cause de l'irritation constitutionnelle qu'elle peut produire. Elle consiste à ponctionner à plusieurs reprises la tumeur avec une aiguille, et à faire sortir le liquide. Les parois du sac finissent par adhérer et l'ouverture de l'épine par se fermer, au moyen de la peau qui la bouche (1). En ponctionnant la tumeur avec une lancette, et en comprenant le sac vide dans une ligature, on cause presque toujours la mort ; la méthode palliative est la meilleure.

SECTION V. — *Des taches de la peau.*

Des taches et des marques se voient fréquemment sur la peau des enfants, et peuvent paraître sur toutes les parties du corps. Il y en a deux espèces : dans la première ce sont de simples taches généralement rouges et ne proéminant pas. Celles-ci ne sont pas dangereuses, mais rarement elles sont susceptibles de guérison ; car si on les détruit avec le caustique, la cicatrice est presque aussi désagréable que la tache primitive. Dans la seconde espèce, ce sont des marques qui font saillie, d'une couleur pourpre ou rouge ; elles sont très-vasculaires. Elles sont sujettes à s'accroître, et lorsqu'à la fin elles se rompent, il peut survenir une

(1) Voyez un cas rapporté par sir A. Cooper, *In Med. chir. trans.*, vol. II, p. 324.

forte hémorrhagie. Elles peuvent être placées sur la face ou dans la lèvre, dans les paupières, etc., ou sur l'épine, ressemblant alors à l'hydrorachis, mais la tumeur est plus dure et plus spongieuse, et l'os ne manque pas. Il faut les extirper dès qu'elles commencent le moins du monde à augmenter, et même si elles sont placées sur les gencives, ou au dedans de la bouche, quelque petites qu'elles soient, il faut les enlever. Quand il y en a sur le palais, s'étendant au voile et aux amygdales, l'opération est très-dangereuse. On peut aussi, avec sûreté et peu de trouble, enlever les nœvus au moyen de la ligature, en faisant passer une petite aiguille bien au-dessous de la base, de manière à appliquer convenablement le fil. On a quelquefois ôté de petits nœvus en soulevant la peau au moyen d'un vésicatoire et en appliquant ensuite de doux scarifiants, ou bien au moyen de caustiques. Mais dans presque tous les cas, l'extirpation vaut mieux. On ne peut compter sur l'application du froid, ou sur la compression, ni sur la ligature de l'artère principale qui se rend à la partie.

SECTION VI. — *Gonflement du crâne.*

Les enfants peuvent, surtout après un travail laborieux, naître avec un gonflement circonscrit de la tête. La tumeur paraît contenir un liquide, et elle a des bords durs si bien marqués, qu'une personne qui verrait le cas pour la première fois serait portée à croire que l'os manque. Il n'exige aucun traitement, sinon qu'en appliquant des linges imbibés d'eau-de-vie, le liquide épanché est bientôt absorbé. Ce gonflement, qu'on a appelé hermatocèle, survient généralement sur le pariétal. L'encéphalocèle, comme le remarque Naigélé, se remarque le plus souvent à la fontanelle postérieure ou à l'occiput.

SECTION VII. — *Des pieds-bots.*

La torsion des pieds n'est pas rare. Quand les pieds sont courbés en dedans, on les appelle *vari;* quand c'est au dehors, *valgi.* Ces déviations et d'autres semblables doivent être traitées par la compression appliquée avec des bandages convenables adaptés à la nature du cas. Ils doivent agir constamment, mais par degrés, et doivent être appliqués aussitôt que possible. Il faut que le cas soit bien grave, lorsqu'il ne peut être amélioré, sinon entièrement guéri par un bon bandage mécanique (1). Dieffenbach propose de maintenir le pied dans une position convenable, au moyen d'un moule de plâtre. A un âge plus avancé on a fait la section du tendon d'Achille et l'appareil d'extension a été de suite appliqué. — La luxation congénitale surtout de l'articulation de la hanche paraît dépendre de la mauvaise conformation du pied. Dupuytren dit en avoir vu vingt cas.

SECTION VIII. — *Du frein de la langue.*

Lorsque le frein de la langue est trop court, ou lorsqu'il s'attache trop en avant, l'enfant ne peut ni téter bien, ni parler distinctement. Cela se rencontre rarement; je n'ai pas vu deux enfants où il fallut réellement faire l'opération, car chez tous les autres, l'enfant suçait très-facilement le doigt ou un gros mamelon. L'opération consiste à diviser le filet jusqu'à une étendue suffisante, avec des ciseaux à pointe mousse. Si l'artère est imprudemment coupée, il faudra arrêter l'hémorrhagie, soit en comprimant, soit en cautérisant, la veine ranale court un plus grand danger d'être blessée.

SECTION IX. — *Mauvaise conformation du cœur.*

L'imperfection ou la mauvaise conformation du cœur se rencontre très-fréquemment; ou bien la structure fœtale peut durer long-temps après la naissance. Si l'imperfection est grande, les symptômes surviennent presque immédiatement après la naissance; si elle est légère et si elle ne consiste qu'en une continuation de la structure fœtale, ils peuvent ne survenir que lorsque l'enfant commence à marcher, ou à faire ses dents, ou même plus tard. L'enfant est d'une couleur foncée, et la peau a une apparence sale, les ongles et les lèvres sont livides, la respiration est plus ou moins gênée, l'enfant est sujet à des accès d'asthme ou à une espèce de toux suffocante, comme dans la péripneumonie ou dans le croup; et lorsque cette toux survient chez un enfant, j'en au-

(1) Pour l'anatomie du pied-bot, voyez Scarpa. Pour d'autres difformités, voyez Lafond, *Recherches*, etc.

ure fort mal. Je n'ai aucun remède à proposer. On peut procurer du soulagement en maintenant l'enfant aussi calme que possible, en évitant de charger son estomac et en prévenant la constipation. Pour plus ample information sur la mauvaise conformation du cœur, je renvoie à l'excellent ouvrage de mon frère sur les *Maladies du cœur*.

ECTION X. — *Gonflement des seins, hydrocèle, prolapsus de l'anus, hémorrhagie ombilicale, excoriations, incontinence d'urine, brûlures, douleur d'oreille, chez les enfants.*

Les enfants ont quelquefois les seins uméfiés après la naissance; cela est dû principalement à la sécrétion d'un liquide laiteux, et l'on cause beaucoup de mal en cherchant à le faire sortir par la pression. De douces frictions avec de l'huile chaude sont utiles; mais si à la suite d'un traitement violent il survenait une inflammation, il faudrait employer un cataplasme chaud. — L'hydrocèle cède généralement à l'application de compresses imbibées d'une solution de muriate d'ammoniaque. La ponction est rarement nécessaire. Le phymosis requiert des lotions astringentes. — Le prolapsus de l'anus guérit en maintenant le cours du ventre libre, en employant les bains froids, et en faisant rentrer l'intestin chaque fois qu'il fait saillie. On empêchera aussi l'enfant de rester trop longtemps sur le vase. Si le prolapsus devient rebelle, il sera bon d'injecter une petite décoction d'écorce de chêne. — Il s'établit quelquefois un écoulement de sérosités par l'ombilic, après la séparation du cordon; et, en général, on trouvera qu'il provient d'un petit fongus pas plus gros qu'un noyau de cerise. On l'enlèvera en le saupoudrant un peu avec de l'alun; ou, si ce médicament échoue, avec du précipité rouge, ou au moyen d'une ligature. — L'excoriation de l'ombilic est bien différente; car il n'y a point de fongosités, mais plutôt une inflammation et une gangrène superficielle. On devra la traiter en évacuant les intestins, en maintenant la partie malade très-propre, et en la baignant de temps en temps avec du vin de Porto; après quoi, on pansera la plaie avec un cérat dans lequel entrera de la céruse. Si cette affection est négligée, si l'on ne fait pas attention au cours du ventre, il peut survenir un gonflement de la nature du furoncle, ou l'inflammation peut devenir érysipélateuse, et se terminer par gangrène. Si l'on redoute cette terminaison, de doux laxatifs, une bonne nourrice, un pansement doux, des cataplasmes, ou, s'il y a beaucoup de gonflement, des applications de linges imbibés d'une faible solution de chaux, formeront la base du traitement. — Quelquefois, un ou deux jours après que le cordon s'est détaché, ou, au moment de la séparation, il survient une hémorrhagie par l'ombilic. Elle peut céder promptement à la compression ou aux astringents, mais elle peut aussi devenir opiniâtre et mortelle. On a proposé le cautère actuel, ou le nitrate d'argent, ou de faire une section à l'ombilic et d'appliquer une ligature à l'extrémité de la veine, que l'on suppose laisser écouler du sang plus souvent que les artères. Je sais par expérience que l'on ne peut en aucun temps se reposer sur la compression, excepté celle qui est exercée avec le bout du doigt, et on ne peut la maintenir appliqué fortement pendant des heures et même des jours consécutifs. Cependant, dans des cas rebelles, je ne connais pas de moyen meilleur ni plus sûr. Dans ce cas, l'aide sera relevé pendant quelque temps à des intervalles convenables, tant pendant la nuit que pendant le jour, et j'émets cette opinion parce que j'ai vu échouer d'autres moyens qui paraissaient être efficaces. Les astringents énergiques ou les scarifiants, le caustique appliqué de manière à former une eschare, la ligature portée au moyen d'une aiguille autour de l'ouverture ombilicale, et très-serrée, la suture entortillée, que l'on pratique en faisant croiser deux aiguilles, et en couvrant tout l'ombilic de points de suture; tous ces moyens ont échoué, et ont paru, en propageant l'inflammation au péritoine, hâter la mort.

On a proposé d'appliquer par dessus l'ombilic un morceau de linge imbibé d'une solution de caoutchouc dans de l'éther, en ayant soin de la renouveler avec un pinceau jusqu'à ce qu'une croûte ou un emplâtre fût formé de manière à recouvrir la partie. S'il est nécessaire de lier le vaisseau, on mettra à nu la veine ombilicale en incisant directement en haut, à partir de l'ombilic, de manière à diviser la peau et l'aponévrose, et prenant soin de ne pas intéresser le péritoine; en prolongeant l'incision en haut, on la fera incliner un peu à droite. Si on introduit

le doigt dans la plaie, on pourra sentir le vaisseau comme un cordon que l'on rend plus tendu et plus distinct, en tirant sur les restes du cordon ombilical. On saisira la veine avec des pinces et on y appliquera une ligature avec précaution. Les bords des deux lobes du foie descendent assez bas pour être parallèles à une ligne dirigée à travers l'ombilic; mais la fissure qui existe entre eux est plus élevée, de sorte que la veine a depuis trois-quarts de pouce jusqu'à un pouce entre l'ombilic et son entrée dans la fissure. L'incision correspondra davantage avec le côté gauche qu'avec le côté droit du vaisseau. Les artères, si elles laissent échapper du sang, seront mises à nu, en incisant directement en bas, à partir de l'ombilic; elles montent de chaque côté du ligament de l'ouraque. A un demi-pouce au-dessous de l'ombilic, elles sont, sinon en contact, du moins pas plus éloignées l'une de l'autre que d'un quart de pouce. Au détroit supérieur du bassin, il y a environ trois quarts de pouce de distance entre leurs bords internes. — Un écoulement de sang, mais beaucoup plus souvent un écoulement de mucosités ou de matières mucoso-purulentes, par le vagin, se rencontrent chez les enfants, mais encore plus souvent chez les adolescents, et quelquefois ils durent très-long-temps; ils ne sont pas cependant dangereux. Il faut régler le cours du ventre par l'administration de la rhubarbe et de la magnésie, et quelquefois par de faibles doses de calomel; une teinture ferrugineuse est quelquefois utile dans l'adolescence. On devra employer le bain froid; on nettoiera avec soin les matières de l'écoulement par de fréquentes ablutions, et si ces moyens échouent, on injectera fréquemment dans le vagin quelque faible solution astringente. — L'incontinence d'urine pendant la nuit dépend souvent d'une mauvaise habitude; elle devra être traitée en conséquence. Elle naît quelquefois d'une sensibilité du col de la vessie. Lallemand recommande les bains aromatisés, avec addition d'un verre d'alcool. Quand l'incontinence dure long-temps, le bain froid convient, mais je l'ai vue, malgré tout ce qu'on faisait pour l'arrêter, persister jusque même dans l'âge adulte. — Le meilleur remède pour les brûlures, c'est d'appliquer à l'instant des compresses trempées dans de l'eau froide et de vinaigre; c'est le traitement qu'il convient de suivre, quelle que soit la partie lésée. Mais, quand la face ou le cou sont brûlés, il est très-important de prévenir une cicatrice, et rien n'agit plus efficacement que d'appliquer à l'instant du vinaigre pur, ou, s'il cause beaucoup de douleur, on l'étendra d'eau. Par là, si la lésion est légère, on empêche la vésication de la partie, ou, si elle survient, elle est petite. La partie devra être ensuite recouverte de coton non cardé sec, et même, sous l'emploi préalable du vinaigre, il est bon de l'appliquer. Il faudra la laisser sur la partie jusqu'à ce qu'elle s'en détache comme une croûte, en entier ou en partie, à moins que l'écoulement ne soit assez abondant pour l'imbiber; alors il faudra le renouveler tous les jours, en retirant seulement les portions les plus mouillées et en les remplaçant avec une autre plus sèche. Dans les brûlures superficielles des autres parties, le coton convient aussi; il réussit bien quelquefois lorsque la peau elle-même est considérablement désorganisée, mais son application n'est pas aussi certaine que dans les brûlures plus superficielles; cependant, on peut l'essayer. L'ancien remède d'huile de graine de lin et d'eau de chaux est souvent utile, ou bien on peut recouvrir les parties avec une compresse sur laquelle on étendra un liniment composé de graisse fondue et d'un mélange, à parties égales, d'eau de rose et d'acétate de plomb, autant qu'on pourra en incorporer, ou on pansera la plaie avec un cérat préparé avec de la céruse, ou de la craie, ou bien on induira la plaie avec ce cérat, et ensuite on la fera sécher avec de la céruse ou de la craie. Les parties malades devront être lavées au moins une fois par jour pour enlever toute matière âcre qui pourrait l'irriter; une solution de chlorure de chaux peut être employée à cet effet.

S'il s'est formé des vésicules, il faudra les ouvrir en pratiquant une très-petite piqûre, afin de donner issue au liquide, et ensuite on mettra du coton par dessus; ou, si l'on emploie le liniment et qu'il cause beaucoup de douleur, on pourra l'étendre d'huile. — Dans des brûlures plus étendues et plus graves, si la surface est presque carbonisée, on pourra la mouiller avec de l'huile de térébenthine, appliquée au moyen d'un pinceau, ou on pourra panser la plaie avec un onguent résineux, mêlé à un quart d'huile de térébenthine. Mais dans tous les cas où la peau n'est pas désorganisée, ce moyen serait trop violent, et la meilleure application, c'est de l'eau froide, pourvu

qu'elle ne produise point du frisson ou de l'accablement, ou qu'elle n'augmente pas la douleur. Il faudra nous guider dans notre application d'après la sensation qui sera produite. Tout ce qui augmentera pendant long-temps la douleur, ou qui causera des frissons ou des maux de cœur, sera pernicieux; d'un autre côté, le traitement qui conviendra le mieux au malade, sera le meilleur. Deux malades en apparence dans les mêmes circonstances peuvent donc être traités par un praticien attentif d'une manière opposée. Quelquefois l'eau chaude cause beaucoup de soulagement. Après quelque temps, il conviendra d'employer la vieille formule de parties égales d'eau de chaux et d'huile de graine de lin; ensuite on se servira du simple cérat, épaissi avec de la craie, et au bout de quelque temps on pourra saupoudrer la plaie avec de la craie, que l'on continuera d'employer jusqu'à la guérison complète. Cette poudre réprime les fongosités et forme une croûte artificielle. L'application de coton, après que la suppuration s'est établie, réussit quelquefois très-bien. Dans tous les cas, on calmera la douleur par des opiacés, et l'on tiendra le ventre libre. La stupeur suit fréquemment une blessure étendue, et si l'on n'y remédie par un vésitoire à la tête, par des purgatifs et des lavements, elle devient bientôt mortelle. L'inflammation des organes situés à l'intérieur succède aussi souvent à une brûlure. Les enfants sont aisément emportés par une brûlure. Quand de l'eau chaude ou du thé bouillant, etc., a été avalé, il se produit une inflammation intense des parties brûlées, et le larynx ou la trachée peut y participer. On ne peut à peine faire des applications locales, et la pratique est très-limitée. Il faut diminuer l'inflammation locale, et soutenir les forces. On a proposé aussi de pratiquer la bronchotomie.

Les vésicatoires peuvent devenir chez les enfants aussi sérieux qu'une brûlure, et il ne faut jamais les entretenir pendant long-temps. Si l'enfant est très-faible ou irritable, il y a à craindre que la plaie ne se recouvre d'abord d'une couche épaisse de fibrine, ensuite qu'elle ne prenne une apparence mielleuse, et qu'il ne s'écoule une matière fétide, ou que d'abord elle ne devienne gangréneuse, et qu'il ne se forme une escharе noire. Ordinairement, la peau environnante est érythémateuse, et la plaie peut s'étendre aussi bien au loin que profondément. — *Burns.*

En général, le cataplasme est l'application la plus agréable d'abord, ensuite on pansera la plaie avec du cérat, rendu épais au moyen de craie préparée ou de blanc de céruse, et on la lavera avec une faible solution de chlorure de chaux pour enlever l'odeur. Lorsqu'il y a un écoulement abondant, quelquefois il est utile d'employer du coton sec ou de la craie anhydre. On calmera la douleur par des opiacés, on tiendra le ventre libre, et surtout on soutiendra les forces par des aliments; on donnera aussi de la quinine et des cordiaux.

Le mal d'oreille est une maladie très-fréquente qui tourmente beaucoup les enfants. On la reconnaît lorsque l'enfant es assez âgé, en ce qu'il se plaint que son oreille lui fait mal. S'il est trop jeune pour accuser sa douleur, on soupçonne la maladie lorsque l'enfant crie tout-à-coup et avec force, comme s'il avait des coliques, et comme elles, la douleur paraît cesser de temps en temps. L'enfant cependant n'agite point les pieds, et son ventre n'est point dur; mais il reste immobile dans la crainte de remuer sa tête, et il se plaint chaque fois qu'on lui touche l'oreille. Au bout de quelque temps, il s'endort, et le lendemain, peut être son bonnet est taché par de la matière. Rien ne soulage tant que la chaleur. On appliquera de bonne heure de l'huile chaude, ou un cataplasme chaud, ou on frottera l'extérieur de l'oreille avec du laudanum chaud. S'il survient un écoulement purulent et de la surdité, on lavera l'oreille tous les jours avec de l'eau et du lait, au moyen d'une petite seringue. On peut appliquer de petits vésicatoires derrière l'oreille ou la tête, et l'on fortifiera la constitution; on réglera surtout le cours du ventre. Un grand nombre d'enfants ont de temps en temps un écoulement de pus par les oreilles, à la suite d'un froid; il est sans douleur, et pendant tout le temps l'enfant est sourd; mais, en tenant l'oreille chaude et en apportant un soin scrupuleux pour la propreté, l'écoulement s'arrête et l'ouïe revient.

SECTION XI. — *Écoulement fétide par le nez.*

La sécrétion muqueuse des narines est quelquefois excessivement fétide, de sorte que le voisinage de l'enfant devient désagréable. Le mucus se sèche et sort en petites parcelles. Des injections astringentes, des liniments stimulants, et une

foule de topiques, ainsi que de médicaments à l'intérieur, tels que les toniques, le mercure, etc., ont été mis en usage; ils ne produisent pas toujours un bon effet. A l'âge de la puberté, la fétidité disparaît quelquefois d'elle-même. — L'écoulement fétide des oreilles s'accompagne généralement d'une destruction de la membrane du tympan et de la carie des petits os. Il est ordinairement suivi de surdité, et il est très-rebelle. On devra apporter la plus grande attention aux soins de propreté et à l'état de la constitution. S'il y a des marques d'une inflammation interne, on appliquera une sangsue derrière l'oreille, ou un petit vésicatoire derrière la tête. Le danger à craindre, c'est que la maladie ne se propage au dedans de la tête.

SECTION XII. — *Ophthalmie.*

Les enfants sont exposés à l'inflammation de l'œil, qui est de l'espèce appelée *ophthalmie purulente*; elle commence vers la fin du second ou dès le commencement du troisième jour après la naissance. Les paupières paraissent d'abord être collées l'une à l'autre, puis un pus épais s'en écoule. On trouve le dedans des paupières très-rouge, mais bientôt elles se tuméfient tellement, qu'on ne peut plus les ouvrir facilement. Si on parvient à les séparer, on trouve que leur bord est très-enflammé et que l'œil entier est plus ou moins couvert de pus. Quand l'enfant crie, les paupières sont renversées : toutes les deux sont généralement affectées. Si la maladie est négligée, la cornée, au bout d'une semaine, devient opaque, et dans l'espace d'un jour ou deux, il se forme du pus dans sa substance à un degré plus ou moins grand. Puis elle se rompt, et l'œil, dans l'espace d'un mois, peut-être même plus tôt, est perdu. La cause est quelquefois obscure, mais souvent l'affection est évidemment due à l'application sur l'œil, pendant la naissance, de la matière leucorrhéique. — Le traitement consiste à enlever toutes les six heures la matière avec de l'eau chaude, au moyen, soit d'une éponge fine, soit d'une petite seringue (1); en outre, on introduira une ou deux fois par jour, dans l'œil, au moyen d'un petit pinceau, une goutte d'une solution de quatre grains de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée. On a employé d'autres solutions métalliques, comme celles du sulfate de zinc ou de cuivre, du muriate de mercure, etc. Les cils seront aussi frottés tous les soirs avec un onguent au précipité rouge, très-étendu. Il faut rarement omettre l'application d'un petit vésicatoire derrière la tête, et il faudra en entretenir avec de la pommade de sabine une partie pas plus large qu'un sou. On surveillera l'état des intestins. Quand l'inflammation est forte, on a appliqué une sangsue à la racine du nez, mais il vaut mieux scarifier l'intérieur de la paupière. Il est bon aussi, si la maladie se prolonge, de donner du calomel en petites doses, et dans ce cas on a employé aussi avec avantage le vin d'opium.

SECTION XIII. — *Affection fongueuse de l'œil; mélanos.*

Les enfants sont quelquefois affectés d'une maladie fongueuse de l'œil. On observe d'abord que la pupille est dilatée et immobile, tandis qu'à l'intérieur la lumière est réfléchie comme par un miroir ardent; il faut cependant admettre que ce symptôme peut accompagner les affections non malignes de la choroïde, ensuite cette substance qui réfléchit la lumière s'approche de la pupille, et on remarque qu'elle est vasculaire; elle pousse en avant l'iris, dont la couleur est changée. La cornée et la sclérotique s'enflamment, tout l'œil devient douloureux, fixe, irrégulier à sa surface, et à la fin, quelque portion se rompt. Un fongus, d'un aspect sanguinolent, fait saillie par cette ouverture; les os se carient. La maladie gagne le cerveau et cause le coma, ou bien le malade succombe épuisé. Si quelque moyen peut sauver le malade, c'est une opération pratiquée de bonne heure; mais, dans tous les cas que j'ai vus, lorsque même on avait fait l'ablation de l'œil avant que le fongus ne fût dé-

(1) M. Makensie (p. 363) recommande une lotion faite avec un grain de muriate de mercure dissous dans huit onces d'eau. Le docteur Kennedy introduit dans l'œil une solution de nitrate d'argent, variant, pour la quantité, depuis cinq grains jusqu'à un gros de nitrate d'argent pour une once d'eau. Mais il paraît avoir encore plus de confiance dans le moyen qui consiste à enlever doucement et souvent le pus avec une éponge imbibée d'eau tiède.

veloppé, il y eut une rechute. — La mélanose débute par une obscurité dans la vue, qui est alors perdue ; la pupille devient opaque, et le globe de l'œil s'élargit. Il y a une saillie circonscrite de quelque partie de la cornée ou de la sclérotique, d'où sort à la fin un fongus solide. Cette maladie est invariablement mortelle ; elle se complique ordinairement d'une affection semblable dans l'abdomen et dans le thorax. La tumeur, à la section, se trouve être en grande partie composée d'une pulpe noire ou d'un brun foncé, et dans quelques endroits, de parties comme du sang caillé, ou d'un liquide noir comme de l'encre. Le nerf optique est toujours noir dans sa portion médullaire, tandis que le névrilème est blanc.

SECTION XIV. — *Des scrofules.*

Les scrofules dépendent d'une constitution particulière que l'enfant reçoit lorsqu'il est conçu. Elles sont souvent marquées par une peau très-blanche, des cheveux blonds, des yeux gros et bleus, avec une sclérotique pâle et une complexion délicate ; d'autres ont la peau plus brune ou d'une apparence moins fine, les cheveux sont noirs, la lèvre supérieure tuméfiée, la physionomie terne et quelquefois bouffie. Lorsque la constitution scrofuleuse n'est pas fortement marquée, la personne peut passer tout le temps de sa vie sans éprouver aucun inconvénient ; mais quand elle est développée, les différentes parties du corps sont sujettes à être dérangées dans leur action, sans qu'il y ait aucune cause évidente. Leur structure est modifiée et il survient une inflammation lente. Les glandes sont le plus souvent affectées, mais les organes et les articulations peuvent être aussi atteintes. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'entrer dans plus de détail sur ces changements, d'autant plus que j'ai parlé ailleurs assez longuement sur ce sujet ; je me contenterai d'exposer ce qu'il faut faire pour prévenir ou pour guérir le mal. Sous le premier point de vue, nous conseillons tout ce qui peut fortifier l'économie et conserver les différentes parties dans un état de vigueur et de santé, comme le bain froid ; et lorsqu'il cause de la langueur et des frissons, le bain chaud, tous les jours ; de douces frictions sur toute la surface du corps pendant une demi-heure chaque soir, un exercice régulier au grand air, un soin extrême de propreté, un état régulier des intestins et une bonne nourriture, avec ou sans un peu de vin, suivant que les circonstances l'exigeront. La nourriture animale est très-recommandée, peut-être plus qu'il n'est nécessaire ; les bains de mer sont utiles. Quand les glandes sont tuméfiées, on a proposé de frictionner la tumeur avec un onguent contenant de l'iode, mais je l'ai vu rarement réussir. Quand survient la suppuration, il ne faut pas s'empresser d'appliquer un cataplasme, vu qu'il n'en accélère pas sensiblement le travail, et qu'il peut rendre la peau tendre. On ouvrira de très-bonne heure l'abcès par une très-petite ouverture ; mais si la peau est déjà mince, et rouge dans tous les points, il vaut mieux le laisser s'ouvrir de lui-même. Dans le premier cas, cependant, l'on est sujet à avoir une cicatrice régulière et déprimée ; dans le second cas, elle est irrégulière, généralement plus large, mais souvent plus aplatie. Quand il se forme une plaie, il convient de donner de doux stimulants. On traitera la constitution de la manière déjà indiquée. On a conseillé le muriate de chaux ou de baryte, la ciguë, le quinquina et une grande variété de médicaments, mais je n'en connais pas sur lesquels on puisse compter. L'iode semble être dans quelques cas réellement utile, et il facilite aussi la digestion. D'autres médicaments sont convenables pour combattre les symptômes qui se présentent, tels que la constipation, etc. — Les affections des articulations et de l'épine devront être traitées par des exutoires et par tout ce qui peut fortifier la santé.

SECTION XV. — *Du rachitisme.*

La maladie appelée rachitisme est caractérisée par des muscles mous, une peau lâche, un teint terne ou bouffi, de la faiblesse, de la lourdeur, et par le ramollissement des os, au point que les os longs deviennent plus ou moins recourbés, et leurs extrémités plus grosses en apparence. Les malléoles et les poignets se tuméfient les premiers, puis le dos change de forme, et la poitrine fait saillie. Les os du bassin s'approchent plus près les uns des autres, vu que le sacrum s'avance en avant ; la tête augmente de volume, et le ventre devient gros et dur ; l'appétit et la digestion sont troublés, les intestins sont constipés, ou des selles fétides sont évacuées ; le pouls est faible

et fréquent; les dents tardent à paraître et ne sont pas bonnes; l'esprit se développe souvent prématurément. Cette maladie peut causer la mort en se terminant par un épanchement dans le cerveau, par des convulsions ou par la fièvre hectique; mais souvent elle se guérit spontanément ou avec le secours de l'art. Elle se déclare ordinairement entre le sixième mois et la seconde année; mais on l'a vue affecter même le fœtus contenu dans l'utérus. On doit la combattre par les laxatifs pour maintenir les intestins dans un état convenable, par le bain froid, un exercice régulier, un régime nourrissant, des frictions générales faites par dessus tout le corps, les eaux de Chalybée et par des vêtements chauds.

CHAPITRE III.

DE LA DENTITION.

La formation des dents est commencée bien avant que le fœtus ait quitté la matrice; elle se fait lentement et ne s'achève que plusieurs mois après la naissance. Les parties intéressées dans ce travail sont la mâchoire, les gencives et les rudiments pulpeux de la dent elle-même. L'os maxillaire d'abord n'a qu'un canal qui court le long de sa surface; mais ensuite ce canal est partagé par des cloisons transversales en des cellules séparées : c'est là que se passe le travail alvéolaire. Dans chacune d'elles est logé un sac membraneux contenant une pulpe molle. Le sac est composé de deux lames toutes deux vasculaires, surtout l'externe. Ces poches adhèrent fortement à la gencive, de manière que si on l'arrache de la mâchoire les poches viennent avec elle. La pulpe est aussi vasculaire, et prend presque le volume et la forme que le corps de la dent doit avoir lorsque l'ossification aura commencé. La dent se compose de deux parties, d'une matière osseuse et d'une couche striée appelée *émail* qui recouvre l'os. Ce dernier se forme sur la pulpe qui s'ossifie par degrés; et au huitième ou neuvième mois de la vie fœtale toutes les pulpes ont commencé à s'ossifier, et à la naissance l'enveloppe osseuse est considérablement avancée. Bientôt après que ce travail a commencé, la surface interne du sac secrète une substance calcaire qui se cristallise et constitue l'émail. Quand l'ossification est assez avancée pour que l'enveloppe du corps de la dent soit formée, la partie inférieure se contracte de manière à former le col; et à mesure que l'enveloppe osseuse s'épaissit, la pulpe, quoique en quantité moindre, fait saillie à travers le col, formant une espèce de tige ou de moule pour la racine. Si la dent doit avoir deux racines, alors une cloison s'étend à travers la cavité du col, et la pulpe fait deux saillies. A mesure que l'ossification s'avance sur la racine, le corps s'élève sur le col, et le sac s'élève avec lui; mais à mesure que l'émail se cristallise, la poche devient moins vasculaire et plus mince, et elle finit par être absorbée; et quand la dent a acquis sa hauteur normale, toute la membrane est détruite. Ainsi, il paraît que la poche n'est point distendue et ne se rompt pas, mais qu'elle est absorbée; et qu'étant fixée au col de la dent et non à l'os maxillaire, elle s'élève en même temps que la dent. — Il n'y a que vingt dents qui soient poussées chez les enfants, dix à chaque os maxillaire, et elles ne doivent pas rester : elles doivent céder leur place à d'autres dents plus durables et *plus nombreuses*; car les os maxillaires sont plus longs chez l'adulte que chez l'enfant. Les dents permanentes commencent à être formées même avant la naissance. Comme la racine de la dent, elles naissent du corps de la dent de lait; un petit prolongement est envoyé en arrière. Cette nouvelle poche est située à la partie postérieure de la dent, où d'abord se forme une petite niche pour sa réception, et ensuite l'on voit une dent distincte. De là les dents de lait et les dents permanentes sont liées ensemble, et cette union dure pendant un temps considérable. Chez le fœtus il y a, outre les dents de lait, les rudiments des deux premières molaires permanentes; par conséquent il y a douze poches dans chaque os maxillaire. Le sac de la molaire permanente antérieure envoie, lorsque l'os maxillaire s'allonge, un prolongement en arrière pour former la molaire suivante; et celle-ci, dans la suite, donne naissance à la troisième molaire. — En général, les dents percent la gencive vers le sixième ou le huitième mois après la naissance. Les deux incisives moyennes de la mâchoire inférieure paraissent les premières, et un mois après, celles de la mâchoire supérieure commencent à percer. Ensuite les deux incisives latérales de la mâchoire inférieure, puis celles de la mâ-

choire supérieure; vers le douzième ou le quatorzième mois, les molaires antérieures de la mâchoire inférieure, et bientôt celles de la mâchoire supérieure percent la gencive. Entre le seizième et le vingtième mois, les canines paraissent; et, à partir de cette époque jusqu'au trentième mois, les molaires postérieures percent; de sorte que l'enfant, lorsqu'il atteint environ deux ans, a ordinairement fait toutes ses dents. Celles-ci durent jusqu'à six ou sept ans; et comme les dents permanentes ont fait des progrès pendant ce temps-là, on trouve, outre les vingt dents de lait qui sont visibles, vingt-huit autres qui sont au-dessous des gencives. A cette époque, les deux premières molaires permanentes paraissent à la partie postérieure de la mâchoire, et les incisives moyennes de la mâchoire inférieure se détachent et tombent, et sensiblement toutes les dents de lait sont remplacées par d'autres, qui sont plus grosses, plus fortes et mieux adaptées au volume plus grand des os maxillaires. Dans ce travail curieux, où se manifeste si évidemment la sagesse de Dieu, nous reconnaissons de bonne heure la nature périssable de notre constitution; mais aussi il est consolant de penser qu'à la dissolution succède un état d'une plus grande perfection.

Un grand nombre d'enfants font leurs dents avec une grande facilité et d'une manière régulière; mais quelques-uns souffrent considérablement. — L'enfant éprouve ordinairement un peu d'irritation dans la bouche pendant la dentition. Les gencives sont chaudes, causent des démangeaisons, se gonflent un peu par dessus la dent, et le bord antérieur n'est point mince comme auparavant, mais il est arrondi, et la membrane qui l'enveloppe est déplissée. La sécrétion de la salive augmente, l'estomac et les intestins deviennent quelquefois plus irritables, en partie pour cette cause qui produit des coliques, en partie à cause de la douleur qui se fait sentir dans la gencive; l'enfant est pris d'accès fréquents et de cris. Les symptômes durent rarement avec intensité plus de dix jours à la fois. Si l'enfant est très-irritable et si la dent se développe promptement, ou si plusieurs dents percent en même temps, il peut se produire des effets fâcheux, tels qu'une douleur de ventre assez forte, de la fièvre, ou une toux spasmodique, ou des convulsions, ou bien la peau est affectée, et une éruption paraît sur différentes parties, ce qui est un symptôme bien moins sérieux que ceux que j'ai déjà énumérés; ou bien les gencives s'ulcèrent, et quelquefois la langue et la bouche se couvrent d'aphthes. L'urine est souvent rare; mais, d'un autre côté, elle peut être trop abondante, et cet excès de sécrétion peut produire de la faiblesse. La constipation augmente le danger de la dentition. Lorsque les premières molaires et les canines percent et poussent très-vite, il survient une grande irritation, car alors il y a huit dents qui exercent une pression continuelle sur les gencives. Il est probable qu'une des causes du danger provient de l'effect direct qui est produit sur la troisième branche de la cinquième paire qui, naissant de la base de l'encéphale, non loin de l'origine de la huitième paire, exerce sur la cinquième paire une influence très-grande. Ce sujet sera mieux compris après l'explication que je donnerai dans le cinquième chapitre de cette partie de mon ouvrage. — Dans tous les cas de dentition douloureuse, l'on a trois indications à remplir : la première, de calmer l'irritation locale; la seconde, de combattre les symptômes urgents; la troisième, de soutenir les forces. — On remplira très-efficacement la première en divisant entièrement avec une lancette la gencive jusqu'à la dent, si elle est très-avancée; même quand elle n'est pas assez développée pour être près de la surface, la division de la gencive soulage momentanément. Les corps durs que l'on met dans la bouche agissent en quelque sorte de la même manière; l'enfant, en les appuyant et en les promenant sur la gencive, se procure un léger soulagement. Tous les enfants portent instinctivement leurs doigts à leur bouche, et on peut les laisser faire; et il n'y a pas à craindre qu'ils contractent une mauvaise habitude. Le doigt est aussi utile et moins dangereux que les corps durs que l'on introduit dans la bouche des enfants; car l'enfant peut les lancer dans les yeux, ou ils peuvent contondre la gencive. On se sert souvent d'une croûte de pain, mais une portion peut se rompre et étouffer l'enfant. Un anneau d'ivoire est plus sûr. Secondement, on calmera l'irritation ou l'agitation générale en tenant le cours du ventre libre, et en promenant souvent l'enfant à l'air frais. Le bain froid tous les matins convient aussi, si l'enfant peut le supporter, et la nuit, s'il est brûlant, on pourra l'éponger avec de l'eau froide. Si ce moyen ne réussit pas, l'on pourra

frictionner l'épine et le ventre avec un peu de laudanum, qui agira comme un opiacé, sans produire de fâcheux effets sur l'estomac, ce qui arrive trop souvent lorsqu'il est pris à l'intérieur. La fièvre, si elle est forte, sera combattue par l'emploi du bain tiède soir et matin. On tiendra le ventre libre. Si l'enfant est pléthorique et assoupi, outre la purgation, on lui appliquera sur le front une ou deux sangsues; et si le sang continue de se porter à la tête, on rasera le crâne et on appliquera à l'occiput un petit vésicatoire. La diarrhée, si elle est considérable et dangereuse, devra être arrêtée par les moyens que nous indiquerons dans la suite, et surtout, si elle est très-intense, par de doux lavements opiacés; en même temps l'on donnera, si les selles sont mauvaises, le calomel à petites doses, ou des pilules bleues, à des intervalles convenables, pour ramener les intestins à une condition meilleure. Le plus grand nombre des enfants qui périssent pendant la dentition succombent à une diarrhée opiniâtre ou négligée. Le mal de cœur, le dégoût pour la nourriture et une haleine mauvaise réclament un doux émétique. Les affections spasmodiques et convulsives seront traitées par les bains chauds et les purgatifs. Il ne faut pas oublier que, comme l'irritation de la troisième branche de la cinquième paire de nerfs cause une excitation plus ou moins grande à la base de l'encéphale, il faut, si les symptômes sont aigus, tirer du sang et appliquer un vésicatoire à la partie postérieure de la tête, et on ne doit pas trop se hâter de le faire sécher. Il ne faut donner les opiacés qu'avec beaucoup de circonspection; ils sont toujours nuisibles quand il y a une grande excitation vasculaire; mais ils sont utiles quand elle n'existe pas, et qu'il y a en même temps une grande irritation dans le système nerveux ou de la douleur dans le ventre. On doit, en général, les combiner, soit avec de l'huile d'anis, soit avec de l'assa-fœtida, ou avec tous les deux. Il n'est pas facile de décrire les différents symptômes qui se présentent pendant la dentition ou qui peuvent s'y rattacher; mais on doit poser en thèse générale qu'il faut les combattre comme on le ferait dans toute autre circonstance, sans omettre cependant d'inciser la gencive. Les enfants délicats et faibles éprouvent principalement des maladies intestinales et des affections spasmodiques; ceux qui sont forts et pléthoriques sont plus sujets à avoir une fièvre aiguë avec congestion du côté du cerveau. Troisièmement, on supportera les forces directement en donnant le sein, de l'arrow-root, un bouillon léger, de la gelée de pied de veau, ou, s'il est nécessaire, des lavements de bouillon de veau, et indirectement en modérant les évacuations excessives. Si l'enfant vient d'être sevré, il est souvent utile de lui faire reprendre le sein.

CHAPITRE IV.

DES MALADIES CUTANÉES.

Les auteurs de nosologie malheureusement ne s'accordent pas à donner uniformément le même nom à la même maladie. J'ai cependant cherché à énumérer fidèlement, autant que j'ai pu le faire, les symptômes qui caractérisent les éruptions que j'ai décrites, quels que soient les noms qu'on leur a donnés (1), et de

---

(1) J'adopte la nomenclature du docteur Willan, non pas que je pense que sa classification soit exempte de toute objection, mais parce qu'aujourd'hui elle est la mieux connue. Si quelques-uns de mes lecteurs ont le loisir et l'occasion de former une division plus exacte, je voudrais leur suggérer l'utilité, pour la pratique, d'introduire, comme amélioration, une classification de ces maladies mixtes, où l'on trouve une ressemblance pour le caractère de deux genres différents, et la nomenclature, dans ce cas-là, pourrait être semblable à celle de la chimie : je veux dire qu'elle ferait connaître la composition. Pour la structure de la peau, je renvoie à un mémoire écrit par Breschet et Rousel de Vauzème dans le deuxième volume des *Annales des sciences naturelles*, seconde série, p. 167 et seq. Ils divisent le tissu de la peau en : 1° le derme, couche fibreuse et vasculaire formant la charpente des autres couches. On trouve les vaisseaux sanguins, principalement à ses surfaces, surtout à l'interne, y formant un réseau ou une espèce de tissu érectile. 2° L'appareil *neurothèle* ou papilles; ce sont de petits mamelons terminant le système nerveux, recouverts par l'épiderme qui fait office d'un capuchon. 3° L'appareil *diapnogène*, que l'on trouve dans toute l'épaisseur du derme; il consiste en des poches glandulaires ou secrétoires, entourées de capillaires nombreux et aboutissant chacune à un canal

faire connaître aussi le mode de traitement généralement employé.

SECTION I. — *Strophulus intertrinctus.*

La première éruption que je mentionnerai est bien connue sous le nom de *gourme rouge*, et est décrite avec beaucoup de soin par le docteur Willan, comme sa première variété de *strophulus*, qui est une éruption papuleuse. Le *strophulus intertrinctus*, ou la gourme rouge, consiste en un certain nombre d'élevures acuminées de la peau, d'un rouge vif, en général non confluentes, et quelquefois assez éloignées l'une de l'autre. Les papules sont entourées d'une base rouge. Cette rougeur est souvent la partie la plus évidente de l'éruption, chez les très-jeunes enfants, et la maladie ressemble alors à la rougeole. Elle recouvre une grande partie du tronc, et respecte presque entièrement la figure. Au centre de la tache, on peut observer une élevure très-petite, ou papule, dont la pointe est claire. Il n'y a point de fièvre, et l'enfant n'éprouve aucun symptôme du côté des bronches. L'éruption sort d'une manière irrégulière, et elle est, soit plus durable, soit plus passagère ou plus partielle que la rougeole. Aux pieds, les papules sont encore plus distinctes. Les papules du *strophulus* sont souvent entremêlées de petites taches rouges sans élevure au-dessus de la surface; elles sont dures, et ne contiennent point de liquide, ou seulement en contiennent en très-petite quantité, sous la peau, au sommet, ce qui lui donne une apparence brillante; mais rarement elles laissent écouler un liquide quelconque, et presque jamais elles ne forment de pus. Cette éruption paraît généralement à la face et aux extrémités supérieures, mais quelquefois elle s'étend universellement sur le corps. Sur le dos de la main, les papules contiennent quelquefois une petite quantité de sérosité jaune, mais elle est bientôt absorbée, et la peau se détache comme une petite écaille. Cette variété du *strophulus* paraît généralement dans les dix premières semaines de la vie (1), et ne produit aucune gêne; elle paraît se lier à un mauvais état de l'estomac et des intestins, et toutes les indispositions que l'enfant peut avoir pendant la durée de l'éruption, ou avant son apparition, paraissent se rapporter à cette cause. Je ne prétends pas ici expliquer ni approfondir le rapport intime qui

---

excrétoire tourné en spirale qui passe entre les papilles et fournit la sueur. 4° L'appareil d'*inhalation*; ce sont des vaisseaux qui accompagnent les premiers conduits en sens inverse; ils font partie du système absorbant. 5° L'appareil *blennogène*, composé de petites glandes vasculaires et rougeâtres situées à la partie la plus profonde, quelques-unes dans la substance du derme. Chacune envoie un conduit excrétoire qui va s'ouvrir à la surface de la peau où le mucus qu'elles secrètent est versé pour former l'épiderme. 6° L'appareil *chromatogène*; c'est une substance vasculaire et glandulaire d'une texture spongieuse et aréolaire située à la surface externe du derme. D'elle partent des canaux qui sécrètent une matière colorante qui, mêlée à la matière muqueuse, forme l'épiderme ou la substance cornée; celle-ci se compose d'écailles imbriquées formées par l'appareil *chromatogène* sur une couche cellulaire fine fournie par l'appareil *blennogène*. La substance, d'abord fluide, se moule elle-même couche par couche autour des papilles enveloppant et protégeant les conduits de la sueur. La couleur du nègre dépend alors des écailles formées par l'appareil chromatogène. C'est après avoir passé de la forme liquide à la forme solide que cette sécrétion a été considérée comme un tissu particulier, car le réseau muqueux n'a point d'existence comme substance distincte. Le bord libre de l'écaille est coloré en noir ou en blanc; la base et la couche dans laquelle elle est fixée est toujours blanche; l'épiderme est donc un tissu organisé, et à cause de sa transparence les parties au-dessous de lui, lorsqu'elles sont remplies de sang, paraissent rouges. Dans la dartre humide et squammeuse, il y a une plus grande sécrétion de matière cornée qui conserve son état liquide et son apparence muqueuse, ou qui, en se condensant, forme des écailles ou des croûtes. Les conduits de la sueur peuvent être, dans certaines maladies, élargis ou déchirés, ou bien les organes glandulaires situés dans le derme peuvent s'indurer. — Meckel, tom. 1, p. 475, donne une description particulière de la peau; elle diffère de celle-ci, surtout par rapport aux réseaux. Il y a aussi dans les différentes parties du corps de petits culs-de-sacs appelés follicules sébacés qui produisent une excrétion particulière; ceux-ci peuvent devenir malades.

(1) Quelquefois on peut observer quelques taches de cette espèce sur le front des enfants à l'époque de leur naissance.

existe entre les viscères qui font le chyle et la surface cutanée. Je regarde le fait comme établi, et aucune circonstance ne me satisfait plus que de voir, chez les adultes, certaines espèces de nourriture produire invariablement une éruption de la peau; et chez les enfants, où toute l'économie est beaucoup plus irritable, une légère irritation des intestins être suivie d'une éruption cutanée, tandis que la disparition brusque de l'éruption s'accompagne d'un autre côté généralement de maux de cœur et de troubles abdominaux. Je suis porté à attribuer à une cause cachée dans l'abdomen toutes les éruptions qui ne sont pas produites par l'application directe d'irritants sur la surface cutanée (1). L'affection qui nous occupe à présent ne demande aucun traitement particulier. Il suffit d'éviter l'application du froid, qui pourrait faire rentrer brusquement l'éruption, ainsi que la malpropreté et les autres irritants qui pourraient augmenter l'affection, ou en faire naître une autre. Si l'estomac et les intestins sont troublés, ou si l'enfant est oppressé, on peut donner de temps à autre un très-doux laxatif, ou si les intestins sont trop relâchés, et si l'enfant est lymphatique, on pourra donner un peu de teinture de myrrhe, ou de la myrrhe avec de l'eau de chaux; et, s'il est nécessaire, un opiacé. Si l'éruption est rentrée, et qu'il s'ensuive de grands troubles, le bain chaud, avec un doux laxatif, sera convenable.

SECTION II. — *Strophulus albidus (erythema albidum).*

La seconde variété, c'est le *strophulus* blanc. C'est une éruption qui consiste en de petits points blanchâtres, durs, un peu saillants, quelquefois, mais pas toujours entourés d'un cercle rouge très-petit et très-étroit. Les papules ne contiennent aucun liquide; elles paraissent principalement sur la face, le cou et la poitrine. On la rencontre généralement après l'époque à laquelle les enfants sont exposés à la gourme rouge; elle dure plus long-temps, et ne requiert aucun traitement particulier. Quelquefois les enfants, à un âge plus avancé, ont cette espèce d'éruption sur le cou, après s'être exposés au soleil dans un temps chaud. On l'a quelquefois prise pour la gale.

SECTION III. — *Strophulus confertus.*

Le *strophulus confertus* est une affection bien fréquente pendant la dentition; rarement il paraît avant cette époque, quoiqu'on puisse le rencontrer après. Il consiste en papules souvent extrêmement rapprochées, formant des plaques qui varient pour la grosseur depuis le volume d'une pièce de dix sous jusqu'à celui d'un écu. Telle est l'apparence qu'il offre sur la face et les bras, parties auxquelles il est souvent limité, surtout le visage, mais on le voit quelquefois sur le tronc, et là les papules sont plus grosses, plus plates, et entourées d'une plus grande rougeur que celles qui sont sur la face et sur les bras, et de loin elles ressemblent à la rougeole. Cette éruption non-seulement varie un peu, selon qu'elle paraît sur le tronc ou aux extrémités, mais aussi selon l'âge de l'enfant, car, après le septième mois, on trouve, principalement sur les bras, les papules assez larges, soit rouges, avec à peine quelque trace de lymphe au sommet, soit d'une couleur jaune, mais la base entourée d'un cercle rouge. Ces papules peuvent, sur quelques parties du corps, être distinctes l'une de l'autre, tandis qu'ailleurs elles forment des groupes si serrés que la rougeur qui entoure l'une se confond avec celle de l'autre, formant ensemble une large surface enflammée. Dans quelques cas, la plaque rouge est le symptôme saillant. Elle peut être aussi large qu'un écu, elle est criblée d'innombrables petits points, comme des têtes d'épingles, qui sont clairs et limpides à leur sommet, ou parsemée de plus grosses papules, rouges et dures. Cette éruption est quelquefois précédée de maux de cœur, et dans quelques circonstances, elle a été prise pour la rougeole; mais elle s'accompagne de peu de fièvre, si elle existe; et elle ne présente aucun des symptômes du côté des bronches que l'on rencontre dans la rougeole. En ne faisant pas attention aux caractères des deux maladies, on peut les confondre, et souvent, lorsque de jeunes enfants doivent avoir la rougeole, le *strophulus confertus* paraît avant cette éruption ou en même temps.

---

(1) Le docteur Underwood est enclin à penser que lorsque les enfants sont sujets à des éruptions répétées, c'est que le lait ne convient pas à leur estomac, et qu'il faut le changer. Je suis très-disposé à admettre cette opinion. (Voyez aussi Turner, *On the diseases of the skin*, p. 69.)

Le docteur Underwood dit que le *strophulus* ne se dessèche pas comme la rougeole. Mais il se termine souvent, comme le fait observer le docteur Willan, par une légère exfoliation de la peau. Une variété de cette maladie paraît comme des taches rouges sur différentes parties du corps, surtout sur les bras, et souvent elle disparaît par degrés. Elles sont aussi grosses qu'un pois fendu et un peu élevées vers le centre. En les examinant de près, on peut découvrir plusieurs petites papules qui ressemblent un peu à des petites vésicules. Au bout de trois ou quatre jours, les taches deviennent jaunâtres ou brunes, et couvertes d'une petite écaille. Cette éruption est nommée par le docteur Willan le *strophulus volaticus* : il dit qu'elle est assez rare, mais je pense qu'on la rencontre fréquemment. Il est rarement nécessaire de prescrire quelque médicament contre cette maladie. Si cependant elle était gênante, il est d'usage de donner de doux laxatifs et des poudres absorbantes. Quelques autres conseillent l'émétique et l'emploi du quinquina, mais ni l'un ni l'autre, je le pense, ne sont en général nécessaires.

SECTION IV. — *Strophulus candidus.*

Le *strophulus candidus* consiste en papules qui ont une surface lisse et brillante, ayant une couleur plus pâle que le reste de la peau, et dont la base n'est point entourée d'un cercle rouge. Le docteur Underwood le décrit comme ressemblant à la gale, mais il n'est point rouge et ne cause aucune démangeaison. Il accompagne ordinairement la dentition, ou succède à quelque maladie aiguë des enfants, et il est regardé plutôt comme un symptôme favorable. On le rencontre le plus souvent sur le tronc, les bras ou sur le front. Au bout de quelques jours, les papules disparaissent. Il n'est besoin d'aucun traitement particulier.

SECTION V. — *Lichen.*

Une éruption différente de celles déjà énumérées, c'est le *lichen*, terme que le docteur Willan, dans son savant travail, restreint à une éruption papuleuse attaquant principalement les adultes. Elle peut cependant paraître aussi chez les enfants, et je l'ai vue succéder à quelques-unes de leurs maladies fébriles, comme par exemple à la rougeole. Elle consiste en papules nombreuses et distinctes, dont quelques-unes sont pâles à leur sommet, mais très-légèrement rouges à leur base. Elles sont généralement petites comme des têtes d'épingle. D'autres sont plus larges et plus plates, et plus enflammées, mais elles ont toujours d'abord un sommet clair, et ne se terminent pas par ulcération, mais elles se détachent en petites écailles. Quelquefois il y a sur le corps de petites plaques brillantes ou argentées qui résultent de l'exfoliation de l'épiderme, ou bien la peau peut se peler sur une plus grande étendue, comme s'il y avait eu un vésicatoire. Les papules ressemblent à celles du *strophulus*, mais elles sont rarement agglomérées, et n'ont pas généralement une rougeur diffuse qui joint une papule à l'autre. Il y a cependant quelquefois, vers les articulations ou sur l'avant-bras, un degré considérable d'efflorescence rouge, recouverte d'écailles. Cette éruption peut être occasionnée en s'exposant au froid, ou en buvant de l'eau froide lorsqu'on est en sueur, ou par d'autres causes moins visibles. Elle est fréquente dans les temps chauds, et une espèce de cette éruption est connue sous le nom de démangeaisons de chaleur. Elle est précédée souvent de symptômes fébriles, et l'éruption elle-même peut durer plus de quinze jours. Dans quelques cas cependant, elle disparaît au bout d'un jour ou deux. Ces papules, à différentes périodes, ont une ressemblance avec deux maladies très-différentes, la gale et la rougeole, mais elle n'est pas pustuleuse comme la gale et ne s'ulcère pas ; elle ne cause pas de démangeaison, et si le malade se gratte au point d'arracher le sommet, il ne s'écoule pas de pus, mais il se forme une petite croûte sanguinolente. Elle diffère de la rougeole en ce qu'elle est papuleuse, et que les plaques, avant de former de petites écailles, ont un sommet transparent. Elle dure, en général, plus long-temps que la rougeole, et elle n'est point suivie de toux. De plus, elle est accompagnée quelquefois d'une large efflorescence écailleuse aux environs de l'articulation du coude ou dans les autres articulations. Le calomel à dose convenable est le meilleur remède, ou si le malade est oppressé, on pourra donner un émétique ou une mixture saline. Lorsqu'il n'y a point d'affection fébrile, il suffira de tenir la surface du corps propre, au moyen du bain chaud. Une variété de cette éruption, nommée le *lichen urticaire* par le docteur Bateman, ressemble

aux morsures de guêpes, et paraît en plaques irrégulières, qui causent beaucoup de démangeaison. Cette éruption se termine en petites papules acuminées, et tout le corps peut en être successivement recouvert. La démangeaison est insupportable la nuit. Elle paraît être soulagée par de petites doses de soufre, et si l'enfant est faible, par des toniques et les ferrugineux. Aucune application locale n'est utile, si l'on n'excepte l'huile tiède.

SECTION VI. — *Intertrigo.*

L'*intertrigo* est une espèce d'affection érythémateuse des parties du corps où la peau forme des plis ou des sinuosités, comme par exemple les articulations des enfants gras. Elle est aussi très-commune vers les testicules, et à la partie interne des cuisses, à la suite de l'irritation que produit l'urine sur ces parties. La surface enflammée devra être lavée de temps en temps avec de l'eau tiède et du lait, et on ne devra jamais laisser l'enfant dans des langes mouillés, mais il faudra, après qu'il aura uriné, le baigner et le faire sécher doucement, lorsque les cuisses seront affectées de cette éruption. Ensuite on saupoudrera les parties avec quelques poudres rafraîchissantes, telles que la poudre de zinc, l'oxide blanc de plomb, etc. Il n'est pas rare de voir l'*intertrigo* se terminer par la gangrène et la suppuration. Quelquefois la maladie change de forme, et le tissu cellulaire s'enflamme. Si l'une ou l'autre de ces terminaisons arrivait, il faudrait employer le traitement ordinaire.

SECTION VII. — *Eruptions anormales, pustules et furoncles.*

Pendant la dentition, ou à la suite d'affections abdominales, il peut survenir diverses éruptions anormales, que l'on ne peut distinctement rapporter à aucune espèce bien définie. Quelquefois on trouve, sur le bras, une, deux ou trois portions enflammées de la peau, ressemblant un peu à la variole, mais plus larges, avec une petite quantité de lymphe agglomérée au-dessous de la peau, sur le sommet, ou quelquefois la pustule est aplatie et plissée. Souvent il paraît sur le corps un plus grand nombre de pustules, assez larges du reste, et enflammées à leur base, avec une pointe blanche. Cette espèce d'éruption n'est point accompagnée de fièvre, et elle ne cause ni douleur ni démangeaison, elle disparaît en peu de jours sans aucun médicament.

Les enfants qui ont une nourriture insuffisante, ou qui tettent de mauvais lait sont sujets à des éruptions fâcheuses et répétées d'ecthyma ou de pustules enflammées, qui suppurent lentement, crèvent et forment des croûtes brunes qui se détachent ensuite. Elles affectent toutes les parties du corps, et quelquefois elles se combinent avec une ou deux pustules, si larges et si dures qu'on peut les appeler des clous. Sa couleur dépend de la constitution; les enfants épuisés ont les pustules cuivrées ou pourpres; ceux qui sont plus forts les ont d'une couleur plus artérielle. Cette éruption, nommée *ecthyma* des enfants, requiert des aliments plus nutritifs, ou une nouvelle nourrice, avec tous les moyens en usage pour fortifier le système, parmi lesquels je mentionnerai particulièrement les laxatifs et l'air de la campagne. S'il est nécessaire, on pourra couvrir les pustules d'un petit emplâtre doux. Les jeunes gens, après un exercice violent, ou en prenant des aliments indigestes, sont quelquefois affectés d'une éruption semblable de pustules. Elle cède aux laxatifs et aux toniques végétaux. Les fruits mûrs, surtout les groseilles, sont convenables.

Une autre espèce d'éruption attaque les enfans âgés de plus de deux ans, et couvre tout-à-coup la plus grande partie du corps. Elle consiste en des pustules rouges et élevées, ressemblant à la première vue à la pustule variolique. Elles sont distinctes et très-nombreuses aux cuisses et aux jambes; elles sont d'un rouge foncé, assez plates, avec un sommet de forme vésiculaire lisse et aplati; il ne crève point ni ne laisse échapper du pus, mais par degrés il se dessèche et s'exfolie en écailles. L'éruption cause à peine de la douleur ou de la démangeaison, et elle n'est point accompagnée de fièvre. Elle peut durer quatre ou cinq semaines, et elle se combine quelquefois avec le lichen ou d'autres maladies cutanées. On devra tenir les intestins relâchés; quelques auteurs conseillent de donner le vin antimonié, avec un peu de teinture de cantharides.

Il y a une petite pustule qui cause beaucoup de démangeaison, qui commence par un point noir sur la peau, et qui contient un liquide sébacé, que l'on

peut faire sortir par la pression comme un ver. Ces pustules ne sont pas rares chez les jeunes gens; on les guérit en appliquant sur elles de l'onguent citrin, et en les lavant avec une émulsion d'amande contenant un peu de muriate de mercure, ou avec du savon et de l'eau.

Les clous ont été divisés en furoncle, ou clou aigu, et en *phyma*, qui dure plus long-temps. Ils sont durs, ordinairement plats, avec une base étendue et d'une couleur pourpre. Tantôt ils sont solitaires et très-gros; tantôt ils sont dispersés en grande quantité sur tout le corps. Ils proviennent en général d'un mauvais état de la santé, et au lieu de réclamer, comme quelques-uns le supposent, la diète, ils demandent une nourriture plus forte, mais il faut qu'elle soit aisément digérée, et ne pas négliger les purgatifs. On appliquera un cataplasme de mie de pain et de lait sur le furoncle, jusqu'à ce que le sommet s'ouvre, ce qui a lieu par une espèce de gangrène. Il sort à peine du pus, mais une espèce de matière cendrée ou jaune est expulsée par degrés, après quoi les parties guérissent. L'onguent de poix de Bourgogne est la meilleure application pendant ce travail. Les clous larges et indolents, ou les petits abcès qui suivent la petite-vérole ou d'autres maladies débilitantes, réclament des cataplasmes chauds, et ensuite, lorsqu'ils s'ouvrent ou sont ouverts, et que le pus qu'ils renfermaient est évacué, un pansement stimulant avec une compression modérée constitue le traitement convenable. Une bonne nourriture, et même le vin pour boisson, peuvent être nécessaires.

SECTION VIII. — *Du pompholyx et du pemphigus.*

Les auteurs décrivent quelques autres maladies éruptives, qu'il convient de faire remarquer ici. Une d'elles, appelée le *pompholyx*, consiste en un certain nombre de cloches de différentes grosseurs, qui paraissent sur le ventre, les côtes et les cuisses, et qui contiennent une lymphe âcre. Elles peuvent accompagner la dentition ou les maladies abdominales, et durer pendant plusieurs jours. Ces cloches ne sont pas rares dans un temps très-chaud, et les garçons, je crois, y sont très-sujets, surtout vers les malléoles, s'ils ne portent pas de souliers. Lory regarde cette maladie comme une espèce d'affection érysipélateuse produite par la chaleur du soleil. Elle ne requiert aucun traitement, mais il faut donner issue à la lymphe par une petite ouverture. Une éruption semblable, généralement accompagnée de fièvre, et quelquefois d'aphthes, est plus grave. Les vésicules, d'abord petites, deviennent ensuite assez grosses et ovalaires, et leur contenu se gonfle. Elles paraissent bientôt après la naissance, généralement chez les enfants maigres; elles affectent à la fois le tronc et les extrémités; elles sont entourées d'une teinte livide et enflammée, et quand elles crèvent, elles sont remplacées par une ulcération qui s'étend. Malgré le quinquina et les cordiaux, la fièvre et l'irritation deviennent fatales, dans l'espace d'environ une semaine, et il n'y a que les enfants qui sont doués d'une force assez grande qui en réchappent. On peut prendre cette maladie pour la syphilis. Quelques auteurs l'ont considérée comme un *pompholyx* d'une espèce différente; d'autres, comme une maladie distincte, et lui ont donné le nom de *pemphigus*.

SECTION IX. — *De la miliaire.*

Senertus décrit, sous le nom de *sudamina*, une éruption comme des grains de millet, qui enflamme la peau et qui se montre sur le cou, les bras, etc., des enfants. Plenk la définit dans les termes suivants : *Sunt vesiculæ granis milii magnitudine et similis, subito, absque febre erumpentes.* On devra baigner de temps à autre l'enfant dans de l'eau tiède. Cette éruption se montre souvent dans les temps chauds. Une éruption semblable, accompagnée de fièvre, se rencontre aussi, et elle est très-bien décrite par le docteur Willan, dans son mémoire sur la maladie de Londres, sous le nom de *miliaire aiguë*. Elle n'attaque pas les enfants au berceau, mais ceux qui sont assez âgés pour se livrer à des jeux actifs. Elle débute par un accès fébrile, suivi de maux de tête et de douleurs dans le dos. La langue est d'un rouge foncé à ses bords; ses papilles font saillie comme dans la scarlatine, le reste de la langue est couvert d'un enduit blanchâtre : le pouls est petit et fréquent. Ensuite le malade se plaint de chaleur et de démangeaison à la peau; il a des maux de cœur, et il transpire abondamment pendant la nuit. Après une période variant de trois à six jours à partir de la fièvre, il paraît une éruption de petites pustules comme des grains de millet. Elles sont

rouges, et contiennent à leur sommet une lymphe blanche ; elles sont disséminées sur tout le corps, ou agglomérées en plaques sur différentes parties, particulièrement sur le dos et sur la poitrine. Elles peuvent alternativement paraître et disparaître, et, quoique la même pustule ne dure pas long-temps, elle peut être promptement remplacée. Elles peuvent quelquefois se combiner avec de petites efflorescences rouges, et généralement il paraît de petites vésicules sur la langue et dans la gorge, se terminant en une ulcération aphtheuse. La maladie se termine souvent dans les dix jours, mais elle peut se prolonger jusqu'à vingt. Elle résulte fréquemment de ce que l'enfant a eu trop chaud, ou qu'il a bu, dans cet état, de l'eau froide. Elle réclame d'abord un émétique, puis un purgatif. Pendant le cours de la maladie, le malade devra être tenu dans un lieu modérément frais, et prendre en grande quantité des boissons acidulées.

SECTION X. — *Du prurigo.*

Les éruptions accompagnées de démangeaisons s'observent fréquemment chez les enfants, mais ce n'est pas toujours la véritable gale, ni les conséquences d'une infection. Le *prurigomitis* décrit et dessiné avec tant de soin par le docteur Willan, est une maladie que l'on rencontre souvent au printemps. Elle paraît sans aucune indisposition préalable et consiste en élevures molles et unies de la peau, ou en papules qui diffèrent peu pour la couleur des téguments environnants. Quand elles deviennent rouges, c'est à force d'être grattées; si l'on enlève le sommet il en suinte une lymphe claire qui forme une croûte mince d'une couleur foncée ou presque noire. L'éruption cause des démangeaisons, surtout dans le lit, et si le malade s'écorche, elle peut devenir pustuleuse et contagieuse, ce qui n'arrive pas dans la première période. D'abord on peut faire disparaître cette affection, en lavant fréquemment la peau avec de l'eau tiède et un peu de savon, ou avec du jus de citron; mais si elle a été négligée elle demande l'emploi du soufre, surtout sous forme de bain. — Une variété de cette maladie consiste en petites papules rouges et acuminées, avec une petite vésicule au sommet, ne se terminant pas par suppuration, mais laissant écouler, lorsqu'on s'égratigne, une petite sérosité limpide. Les préparations sulfureuses procurent du soulagement, et le temps, joint aux soins de propreté, achève la guérison. Quelquefois cette éruption s'accompagne de peu de démangeaison, et disparaît par l'emploi du bain chaud.

SECTION XI. — *De la gale.*

Le *scabies* (1), ou la véritable gale, est contagieuse, et consiste en petites pustules qui ont une base dure et enflammée, avec un sommet contenant un liquide. Elles sont accompagnées d'une envie insurmontable de se gratter, ce qui fait que le malade arrache le sommet des pustules et des croûtes apparaissant en partie formées par du sang, en partie par une espèce de matière fournie par les petits ulcères. Mais si les pustules restent intactes, et si elles cèdent à des applications convenables, elles se terminent par une légère desquamation de l'épiderme. « *Quæ vix furfur aliquod ostendat.* » La gale paraît d'abord entre les doigts, sur les poignets, les cuisses, mais si elle n'est point soignée, elle peut s'étendre sur tout le tronc et aux extrémités, et elle détériore la santé en conséquence d'une irritation continuelle. Quelques enfants meurent à la suite de la gale. Dans les cas où elle est négligée, l'inflammation qui environne chaque pustule s'étend à l'autre, et la partie devient toute rouge, parsemée de pustules ou de croûtes suivant les circonstances. C'est ce qui arrive souvent sur le dos de la main et sur la partie antérieure du pied. Quelquefois de petits furoncles et des *phyma* se montrent dans le cours de la maladie, sur les cuisses, le tronc, ou aux environs du visage. La gale n'a pas toujours la même apparence, étant dans quelques cas plus vésiculeuse ou plus pustuleuse que dans d'autres. Par conséquent le docteur Willan a admis quatre espèces différentes : 1° la gale papuleuse, dans laquelle l'éruption se montre comme des papules, mais consiste réellement en petites vésicules acuminées, qui causent beaucoup de démangeaison ; quand elles crèvent elles sont

(1) Les enfants, à force de manier les chiens et les chats, sont quelquefois atteints d'une éruption opiniâtre accompagnée de démangeaisons; ce n'est pas la gale, mais cette éruption peut être guérie par les remèdes employés pour la gale.

remplacées par des croûtes. Cette variété peut être confondue avec le lichen ou le prurigo, quand le malade s'est beaucoup égratigné ; mais ceux-ci forment des papules plus distinctes. 2° La gale lymphatique, ou éruption de vésicules très-grosses, avec une base enflammée, mais causant une démangeaison extrême. Celles-ci peuvent guérir en formant des croûtes, mais souvent elles suppurent et forment de petits points ulcérés ; et dans la même partie on a tous les degrés intermédiaires entre la vésicule et le petit ulcère. La maladie avec laquelle on est le plus exposé à la confondre, c'est l'eczéma. 3° La gale purulente, ou éruption de pustules saillantes et distinctes du volume de la moitié d'un pois, remplies d'une matière jaune, et ayant une base légèrement enflammée. Celles-ci s'ulcèrent au bout d'un jour ou deux, et deviennent alors plus douloureuses. Elles ressemblent assez à la petite vérole, mais elles ne causent pas beaucoup de démangeaison. Les croûtes sont minces et dures, d'une couleur jaune, tirant sur le brun. Elles sont entourées d'une rougeur diffuse de la peau, qui paraît être plissée comme si elle était tirée vers la croûte. Ces pustules paraissent le plus souvent entre le pouce et l'index et vers le poignet. 4° La gale cachectique réunit le caractère des premières espèces, et se montre en même temps sur différentes parties de la peau ; elle naît chez les enfants cachectiques, sans être contagieuse.

La guérison peut être généralement effectuée en lavant fréquemment et en frottant les parties avec du cérat soufré (1), que l'on peut rendre plus efficace, dans les cas rebelles, en y ajoutant de la poudre d'ellébore, du sulfate de zinc, ou du sel ammoniac. Rosenstein prétend que les mains en sont bien vite débarrassées en les lavant avec une forte décoction de baies de genévrier ; et que lorsque l'éruption était grande, comme par exemple sur les pieds, il a appliqué avec avantage des feuilles de choux ; elles produisent d'abord un écoulement abondant, mais les parties guérissent ensuite. Les bains sulfureux sont aussi utiles. — Quelquefois la friction produit une éruption différente de la gale, et qui est entretenue par les remèdes destinés à guérir celle-ci. M. Burdin remarque à ce sujet que l'éruption consiste en de petites pustules rondes, « qui se remplissent quelquefois de sérosité, et dont la cicatrice laisse le plus souvent une tache d'un rouge brun ; le prurit qu'elle occasionne est aussi moins fort que celui de la gale. » Dans les cas invétérés l'emploi des eaux de Harrowgate est très-utile, ou bien on a conseillé un bain de vapeur sulfureux. Pour éviter l'odeur du soufre on a employé d'autres préparations (1), tels que l'acide sulfurique, ou nitreux, combiné avec l'axonge, l'onguent de nitrate de mercure, l'onguent camphré, l'ellébore, ou le sublimé corrosif mêlé à de la graisse de porc, etc. Ces moyens échouent souvent, et même quand ils ôtent l'éruption la guérison n'est pas, dit-on, souvent radicale. Du cérat, renfermant le précipité blanc, est quelquefois utile, surtout dans la variété pustuleuse. La gale peut se combiner avec d'autres maladies, telles que l'herpes, la syphilis, etc. Dans ces cas elle est plus rebelle que de coutume et peut quelquefois réclamer l'emploi du mercure.

SECTION XII. — *De l'herpes.*

L'herpes est une maladie vésiculeuse de courte durée. Elle consiste en des agglomérations irrégulières de petites vésicules qui naissent tout près les unes des autres, d'une surface enflammée, et l'inflammation entoure aussi la base de la plaque à une petite étendue. Les vésicules qui paraissent promptement renferment un liquide transparent, qui devient ensuite trouble, et forme une croûte jaunâtre ou brunâtre sur la partie. Dans quelques cas cependant la vésicule se termine par l'ulcération, et l'écoulement est abondant et peu épais. Si l'on arrache la croûte, on trouve la surface, au-dessous, à vif et brillante. Dans les cas légers la sensation qu'elle cause est celle de la chaleur ou du prurit. Mais quand l'éruption est plus étendue ou plus intense,

(1) Le docteur Joseph Clarke dit qu'il est dangereux d'employer l'onguent soufré, dans la crainte que l'éruption ne soit tout-à-coup refoulée, et il conseille plutôt de faire bouillir dans l'eau un morceau de sulfure pour faire un bain.

(1) M. Bécu conseille la lotion suivante : R. feuilles de tabac, deux livres ; sel ammoniac, une once ; ammoniaque, deux onces ; eau, trois pintes de Paris ; faites infuser pendant deux heures.

les parties voisines sont douloureuses et elle est précédée d'un peu de fièvre. — On a compris sous ce nom un grand nombre d'affections dont plusieurs ont des caractères tout opposés, et même nos nosologistes les plus exacts, qui ont exclu celles qui ne sont pas vésiculaires, ont admis comme espèces particulières, de simples variétés de la maladie. La première espèce, par exemple d'Alibert, est l'*herpes furfuraceus*, ou la dartre furfuracée, qui est une affection écailleuse et non vésiculeuse, et ses autres espèces sont aussi très-douteuses pour leur nature. D'un autre côté, les subdivisions de Willan et de Bateman sont souvent fondées sur une simple situation ou arrangement des vésicules. L'*herpes phlicténoïde*, qui est la première espèce de Willan et la sixième d'Alibert, est peut-être la seule que l'on puisse admettre, toutes les autres n'étant que des variétés. Celle-ci, quand elle est bien marquée, est précédée d'une légère irritation fébrile pendant environ trois jours. Ensuite apparaissent des groupes irréguliers de vésicules qui deviennent opaques dans l'espace d'un jour. Dès le quatrième, l'inflammation environnante diminue et l'aréole se ternit. Tandis que les vésicules elles mêmes commencent à se cicatriser, et elles restent dans cet état jusqu'à la fin de la semaine, ou quelquefois un jour ou deux de plus. Alors les croûtes tombent et font voir au-dessous d'elles une surface rouge. Le volume des vésicules est variable. Quand elles sont petites on les appelle *miliaires*, et dans ce cas-ci les plaques s'étendent sur une grande partie du corps. Et comme elles ne paraissent pas toutes en même temps, la maladie peut durer pendant toute une quinzaine; quand les vésicules sont plus grosses, leurs plaques ne sont pas en général nombreuses, et quelquefois elles sont isolées. Au bout d'un ou deux jours, après l'apparition des vésicules, la petite indisposition générale disparaît.

Cette affection, à un léger degré, est commune autour des lèvres, ou du menton, ou sur le côté du nez. Elle est appelée, par le docteur Willan, *herpes labialis;* elle n'est pas généralement accompagnée d'indisposition, mais vulgairement elle est attribuée au froid, que l'on dit avoir saisi l'individu qui en est atteint. Dans quelques cas cependant il y a un peu de fièvre, et des éruptions successives paraissent autour de la bouche, accompagnées de tuméfaction, de dureté, et de sensation de chaleur dans les lèvres (1). Dans ce cas-là la gorge peut être affectée d'une vésication semblable. — Dans une autre variété les vésicules sont arrangées en forme d'anneau, la portion centrale n'étant que très-légèrement enflammée. A mesure que les vésicules crèvent et se cicatrisent, et que les croûtes tombent dans cette portion centrale, la peau se détache sous la forme d'une belle exfoliation, comme l'enveloppe du blé. La grandeur de l'anneau augmente souvent aussi par la formation successive de cercles concentriques composés par les vésicules. Des anneaux semblables paraissent successivement sur différentes parties du corps, particulièrement sur la figure et aux extrémités supérieures, de sorte que l'affection se prolonge pendant peut-être trois semaines. On la rencontre le plus souvent chez les enfants qui sont aussi exposés à la dernière variété (l'*herpes labialis*), elle forme une espèce d'anneau et il y en a plusieurs variétés. Elle est nommée par le docteur Willan *herpes circinatus*, et il suppose qu'elle se gagne, mais je pense que l'on peut inoculer sans crainte toutes les variétés de l'*herpes*. L'*herpes circinatus* d'Alibert est une maladie furfuracée. Une autre variété que l'on remarque aussi chez les jeunes gens, mais pas souvent chez les enfants, est nommée *herpes zozter* par le docteur Willan, et *herpes zonæformis* par Alibert. Elle est précédée pendant deux ou trois jours de symptômes fébriles accompagnés de douleurs lancinantes dans l'estomac et dans la partie inférieure de la poitrine, et d'une sensation brûlante dans la peau. Cette sensation est perçue principalement vers le tronc et est bientôt suivie d'une éruption de taches irrégulières, d'une couleur rouge, un peu éloignées l'une de l'autre, et sur lesquelles de petites vésicules paraissent bientôt. Elles suivent la marche ordinaire de l'*herpes*. Des groupes paraissent successivement ainsi disposés, de manière à entourer à la fin presque la partie où elles sont situées, s'étendant par

(1) Sous ce nom, Alibert décrit une éruption à laquelle les jeunes filles sont sujettes à l'approche de la puberté, et dont il fait une variété de sa dartre pustuleuse; de loin elle ressemble à la rougeole, mais elle est plus petite et pustuleuse.

exemple comme une ceinture autour des reins, mais rarement le cercle est complet. Alibert a choisi, comme modèle de cette variété, dans ses superbes gravures, l'*herpes* qui affecte la circonférence de la jambe. Je ne crois pas nécessaire de décrire ici les autres variétés.

Quant aux causes de l'*herpes*, il règne là-dessus une grande obscurité. Il paraît quelquefois résulter de l'exposition au froid, ou être la conséquence d'un excès de fatigue, mais peut-être est-il le plus souvent lié à un état particulier des viscères abdominaux.

Le traitement de cette maladie est fort simple. Il consiste à donner de doux purgatifs, à défendre au malade des aliments indigestes, et l'emploi des stimulants. On ne peut avec avantage appliquer rien sur les vésicules, à moins qu'on n'ait en vue de prévenir leur excoriation. Si l'on emploie quelque médicament plus actif, ce devra être quelque lotion légèrement astringente, comme une solution de sulfate de zinc dans de l'eau de rose. Quand les croûtes sont formées, l'application d'un peu d'onguent de nitrate de mercure paraît hâter leur chute, guérir plus vite la surface qui est au-dessous, et apaiser la chaleur et la démangeaison. Quand il y a un suintement épais, très-abondant, cette préparation, ou quelque autre onguent plus doux, sont utiles pour empêcher que les linges ne s'attachent à la partie malade (1). On a retiré quelque avantage de l'application du nitrate d'argent ou des bains légèrement sulfureux.

SECTION XIII. — *De l'impetigo.*

L'*impetigo* est une dénomination différemment employée par les auteurs, d'où il résulte une grande incertitude sur sa signification. Quelques-uns l'appliquent à une éruption pustuleuse, et d'autres l'étendent à une éruption vésiculeuse ou herpétique. L'*impetigo* paraît comme un assemblage de petites pustules, qui sont plutôt plates, remplies d'une matière jaune, d'une forme un peu irrégulière, et ayant des bords enflammés. Elles sont placées assez près les unes des autres, et toute la plaque paraît être un peu plus élevée que la peau qui l'entoure. Elles causent de la démangeaison et de la cuisson, et se crèvent bientôt, en laissant écouler beaucoup de pus ichoreux. La surface a une apparence vive et luisante, puis la partie se couvre de croûtes d'une couleur jaune-verdâtre, et quelques semaines après, lorsque la surface au-dessous est en voie de guérison, elles tombent et laissent voir une peau rouge, plissée, s'excoriant facilement, de sorte que l'écoulement et les croûtes peuvent reparaître de nouveau. Le travail de la guérison commence généralement au centre de la plaque, et à mesure qu'elle avance, quelquefois des cercles de pustules concentriques, et qui vont en s'élargissant, paraissent successivement comme des anneaux, et cette variété a été nommée l'*impetigo annelé*. Les pustules sont souvent mélangées à des vésicules distinctes, remplies d'un liquide transparent, qui devient ensuite opaque, ou même sanguinolent, et alors il se forme des croûtes qui sont rudes au toucher, d'une couleur jaune,

---

(1) Il y a deux maladies auxquelles les jeunes filles sont sujettes, mais que je n'ai jamais vues chez les enfants. Elles sont d'un caractère mixte et ne peuvent être rangées avec exactitude dans cette classe. L'*herpes orbicularis* d'Alibert paraît souvent sur la joue comme une excoriation très-superficielle, se terminant par des croûtes ou des écailles larges et minces. La partie affectée est rouge, cause un léger prurit, et les croûtes ont plus d'épaisseur à la circonférence. C'est une maladie très-opiniâtre qui dure des années. L'*herpes crustaceus* d'Alibert paraît, comme une croûte de miel desséché, sur une surface érysipélateuse. Elle naît d'une surface à nu avec des bords épais d'une couleur pourpre. Il y a souvent du gonflement et de l'induration dans le tissu cellulaire avoisinant, et la croûte elle-même fait saillie au-dessus de la peau. Sur la joue, l'herpes forme une croûte épaisse et jaunâtre. Sur l'aile du nez elle est encore plus épaisse, au point qu'il a été appelé *herpes stalactiformis*. Ces maladies sont souvent liées à un vice scrofuleux, et après être restées longtemps stationnaires, elles se terminent quelquefois en un ulcère rongeant, en une carie et un épuisement mortel, ou en une fièvre hectique. Le mercure ne peut faire aucun mal, mais il ne réussit jamais, excepté dans un petit nombre de cas, dans lesquels de très-petites doses de muriate de mercure ont modifié la constitution. La salsepareille, jointe à l'arsenic, est plus utile; on a aussi employé les eaux apéritives contenant du sulfure. La ciguë n'a pas conservé sa réputation; on ne devra prescrire que de douces applications locales.

inclinant vers le brun. Il y a une assez grande rougeur aux environs, et la peau s'irradie. Les vésicules forment généralement dans ce cas-là la plus grande partie de l'éruption, et sont plus éloignées ou plus dispersées que les pustules. On rencontre le plus souvent cette variété sur la main ou vers les articulations des doigts. Elle ressemble à la gale purulente, mais les pustules sont plus petites et plus agglomérées, et elle n'est pas contagieuse; l'écoulement est plus grand et la peau plus rude et plus rouge. Cette variété est plus fréquente chez les enfants, tandis qu'ils sont rarement affectés des autres espèces. On a divisé cette éruption en *impetigo figurata* et en *impetigo sparsa*. Le premier cependant ne diffère du dernier qu'en ce que les pustules sont agglomérées, tandis que dans le *sparsa*, elles sont disséminées à distance et particulièrement sur les extrémités inférieures. On a énuméré d'autres variétés, mais je ne puis les noter ici, vu qu'elles se montrent rarement chez les enfants, telles que l'*impetigo érysipélateux*, qui commence comme une rose, et ensuite, au lieu qu'il se forme des vésicules, il paraît une éruption de pustules psydracées; l'*impetigo scabida*, dans lequel tout le membre est enfermé dans une croûte; l'*impetigo rodens*, qui est un ulcère malin et rongeant. Le meilleur remède à l'intérieur, c'est le soufre. Si ce médicament échoue, on peut donner de la salsepareille et de doux diaphorétiques. Les topiques stimulants sont nuisibles; des préparations douces, telles que le cérat soufré ou l'onguent de céruse, conviennent mieux. Dans les cas où il y a beaucoup d'irritation, des ablutions avec de l'eau tiède, de la crème ou de l'huile fraîche étendues sur les parties, sont plus utiles. Dans la période où se forment les croûtes, les eaux sulfureuses en lotions, ou prises à l'intérieur, sont favorables. Lorsque la maladie est guérie, le bain froid prévient une rechute.

SECTION XIV. — *De l'ichthyosis.*

Les enfants sont quelquefois affectés d'*ichthyosis*, maladie dans laquelle la peau devient sèche, et se couvre d'écailles qui ressemblent, dans leur distribution et quelquefois dans leur forme, à celles d'un poisson. La maladie peut se montrer à toutes les périodes de la vie; elle peut même être congénitale, mais c'est très-rare. Il convient d'employer le bain chaud, et en le prenant, d'enlever les écailles. On préviendra leur reproduction par de douces frictions et des bains souvent répétés. La salsepareille et de doux laxatifs sont les médicaments que l'on peut prendre à l'intérieur. Quelquefois, les enfants ont cette maladie en même temps que des furoncles.

SECTION XV. — *De la lèpre.*

La *lèpre* (du mot grec λεπρα qui signifie rude) est une maladie très-commune parmi les enfants; elle est connue sous le nom de *herpes farinosus*, ou dartre furfuracée. Elle se distingue des autres éruptions écailleuses par la forme presque circulaire de ses plaques. Il y en a de deux espèces, la lèpre vulgaire et la lèpre *alphoides*. Elles diffèrent l'une de l'autre en ce que la dernière est plus petite et plus circulaire. Ni l'une ni l'autre ne deviennent humides ni ne forment des croûtes; l'espèce à laquelle les jeunes gens sont exposés, c'est la lèpre *alphoides*. Elle apparaît sous la forme de petites taches presque circulaires, dépassant rarement un demi-pouce, mais plus souvent elles sont plus petites. Les taches, qui généralement se montrent en peu de temps, sont d'abord rouges, mais bientôt elles se couvrent de petites écailles brillantes. Le bord est un peu élevé et ordinairement un peu enflammé. Ces taches sont généralement limitées aux extrémités, particulièrement aux inférieures, mais elles peuvent aussi paraître sur le tronc. Elles deviennent rarement confluentes. Les causes de cette maladie opiniâtre sont obscures. Le traitement que j'ai trouvé le plus utile consiste dans l'emploi des laxatifs toniques, et dans l'administration de l'arsenic: un gros de la solution ordinaire sera mêlé à quatre onces d'eau, et de cette mixture on pourra donner une cuillerée à café dans un verre d'eau, à un enfant de trois ans. On devra toujours le donner après le dîner, et non lorsque l'estomac sera vide. Si le médicament cause des maux de cœur ou des tranchées on en diminuera la quantité, après l'avoir suspendu entièrement pendant quelque temps. S'il ne produit pas cet effet, on pourra augmenter la dose par degrés, jusqu'à doubler la quantité qui est prescrite, sans perdre de vue cependant l'état de l'estomac. Ce médicament demande quelquefois à être continué pendant plusieurs semaines, avant qu'un effet salutaire ne soit produit. S'il y a

une grande irritation et une grande sensibilité dans la peau, la saignée a été utile, et chez les enfants qui ont été trop bien nourris, il faudra prescrire un régime sévère. Pour applications locales, l'onguent citrin étendu, et des ablutions soir et matin avec de l'eau de savon sont convenables. Le bain tiède est bon aussi, et on lui substituera dans la suite avec avantage le bain de soude, ou quelquefois le bain sulfureux, tel que nous le décrirons en parlant du psoriasis.

SECTION XVI. — *Du psoriasis.*

La dartre écailleuse, ou la gale sèche, ou le psoriasis de Willan, consiste en des taches rouges et rudes au toucher, qui sont bientôt recouvertes d'une écaille lamellée, quelquefois aussi épaisse que du papier, mais généralement mince et très-semblable à une partie de l'écaille desséchée d'un hareng. Elles sont irrégulières pour la forme et pour le volume, n'étant pas plus larges qu'un grain de coriandre, quelquefois aussi grosses que l'ongle du petit doigt, ressemblant à une écaille sèche de poisson collée sur la peau; quelquefois elles sont parsemées de portions brillantes et argentées à leur surface, ou les plaques deviennent tellement confluentes qu'une étendue considérable de la peau peut en être recouverte sans aucune ligne de démarcation. Ces écailles sont formées par l'exsudation d'une matière blanchâtre qui est très-gluante, et qui, comme l'observe Sylvius, empèse le linge lorsqu'elle vient à suinter en quantité suffisante. Chez les adultes, quelques portions de la surface cutanée laissent écouler une si grande quantité de matière, que les parties en sont tout-à-fait baignées, et que les écailles ne se forment point. Le docteur Willan a énuméré différentes espèces, qui cependant peuvent être considérées comme des variétés. Je n'ai pas l'intention de les décrire toutes, vu que cela n'entre pas dans le plan de mon ouvrage. 1° Le *psoriasis guttata*, ou dartre orbiculaire d'Alibert, n'est pas rare chez les enfants, et se répand rapidement sur tout le corps et même sur la figure; il est quelquefois précédé d'un léger trouble dans l'économie. L'éruption consiste en de petites plaques distinctes et écailleuses, d'une forme irrégulière, ressemblant en apparence à la lèpre, mais elle en diffère en ce que les bords ne sont ni élevés ni enflammés, qu'il n'y a pas une forme distincte, circulaire ou ovale; et en ce que la surface de la peau au-dessous est plus enflammée et plus irritable; il forme le lien entre l'espèce suivante et la lèpre. 2° Le *psoriasis diffusa*, formant des taches larges et irrégulières, qui deviennent quelquefois confluentes, et réunissent le caractère général de l'affection. Une variété plus grave est appelée le *psoriasis inveterata*, et les autres sont nommées d'après leur position. Des complications et des modifications différentes paraissent chez les enfants, et forment peut-être la maladie cutanée la plus fréquente que nous rencontrions.

Les plaques, chez les enfants, commencent généralement comme les papules de petites dimensions, et sont quelquefois vésiculaires à leur sommet. Celles-ci se terminent quelquefois par des croûtes, plus souvent par des écailles minces, comme celles qui ont été décrites. Sur le dos de la main les vésicules, quand elles se forment, sont quelquefois assez larges: tandis que sur la paume de la main, l'éruption est plutôt pustuleuse, et se termine par des croûtes larges, minces et rugueuses d'une couleur jaune. Dans la première période elle se combine quelquefois avec l'érythème. Les parties démangent, mais quand on se gratte, il ne sort pas de matière lorsque les écailles sont arrachées, mais il s'écoule un peu de sang. Cette éruption commence souvent sur la face et sur le cou, et s'étend sur tout le corps jusqu'aux extrémités. Elle est très-opiniâtre, et détruit souvent les ongles. Quand elle a duré quelque temps, on trouve la peau, surtout vers les mains et les pieds, universellement rouge, parsemée d'écailles d'une couleur foncée; la peau paraît comme si elle avait été pelée, recouverte en partie de croûtes minces ou d'écailles à différents degrés d'adhérence; et, dans quelques cas, toutes les extrémités et même le corps ou la tête deviennent rouges, en partie excoriées, en partie recouvertes d'écailles et de croûtes qui sont jaunes et assez près les unes des autres, souvent faciles à détacher. Quelquefois, sur différentes parties du corps, particulièrement sur les bras ou sur les jambes, il y a un grand nombre de tumeurs, molles, rouges et indolentes, surtout si l'enfant a eu la petite vérole ou la varioloïde. La forme, à la tête, est presque la même que dans le pityriasis; mais, en général, on ne voit point d'écailles blanches. Il n'est pas rare de voir la tête se prendre dans cette maladie.

Une excoriation a lieu quelquefois aux environs de l'anus, avec une légère élevure de la surface cutanée. Pour cette raison, et parce que la maladie se montrait immédiatement après la naissance, j'ai été consulté pour des enfants que l'on devait envoyer en nourrice, et pour lesquels on craignait la syphilis. Le docteur Willan fait remarquer l'apparence syphilitique de cette maladie, mais il observe que tous les autres signes manquent. On suppose que la forme syphilitique de cette maladie est marquée par la voix rauque de l'enfant, la couleur livide des taches, avec un léger degré de tuméfaction, et parce que les bords sont quelquefois plus élevés que le centre. Je sais cependant que ces marques ne sont pas infaillibles ; j'ai vu des excoriations qui paraissaient syphilitiques, sur les lèvres et la bouche, et une ulcération étendue autour de l'anus, avec des excoriations autour des grandes lèvres et dans l'aîne, etc., sans qu'aucun effet fût produit sur la nourrice, et lorsqu'il y avait toute certitude morale qu'aucun des parents ne s'était jamais exposé à l'infection syphilitique. Dans un cas qui devint mortel, le mercure réussit momentanément.

Le psoriasis n'est pas, comme la gale, très-contagieux, et il n'est pas facile de dire quelle en est la cause ; mais l'on sait que le défaut de soins, de propreté, en favorise la production. Il est nécessaire, dans tous les modes de traitement, d'administrer des laxatifs si les fonctions des intestins ne sont pas régulières. Si les sécrétions alimentaires ne se font pas bien, il faudra souvent les combiner avec le mercure, comme un doux traitement mercuriel, fait avec une solution de pilules euivrées, à la dose de deux grains tous les soirs, pour un enfant, ou depuis cinq jusqu'à six gouttes (suivant l'âge) de liqueur d'oxymuriate de mercure, dans de l'eau seule ou avec la même quantité de vin antimonié, que l'on donnera tous les soirs. On peut prescrire aussi, pendant le jour, quelque doux diaphorétique, comme l'acétate d'ammoniaque. Si ces moyens échouent on devra essayer la solution d'arsenic, ou bien l'on pourra donner à l'intérieur du soufre ou de la teinture d'iode. On doit compter principalement sur le régime. Si l'enfant n'est pas sevré il peut être nécessaire de faire changer la nourrice ; s'il est plus âgé, les aliments devront être légers, et si l'enfant est fort ils ne devront pas être trop nourrissants. S'il y a une grande irritation, et si la maladie est étendue, l'application de sangsues, dès la première période, est utile; à un âge plus avancé, la saignée convient, et, à la vérité, quelques cas ne guérissent qu'après qu'on y a eu recours : elle a été trop souvent négligée parce qu'elle a été primitivement proposée d'après une fausse théorie.

Quant aux applications locales, la meilleure, quand il y a de la sensibilité, c'est le bain chaud et l'emploi répété de la crème et d'une émulsion d'amandes en lotion. Quand la sensibilité est moindre, les parties les plus affectées peuvent être frottées avec de l'onguent citrin étendu, ou, si elles ne sont pas très-larges, avec un savon préparé en triturant un gros de calomel avec un gros et demi d'acide prussique et deux onces d'axonge. Cette préparation ne se garde pas long-temps, et par conséquent il ne faut en faire qu'une petite quantité à la fois. Quand la peau n'est point à vif, ni sensible, il faut aussi employer tous les soirs, ou tous les deux jours, au lieu du bain tiède, un bain préparé en dissolvant une once de carbonate de soude dans un seau d'eau tiède, en proportionnant toutefois la force de la solution à l'état de la peau. Si ce moyen échoue, on pourra employer ensuite le soufre. On dissoudra une demi-once de sulfure de potasse dans une quantité d'eau tiède suffisante pour recevoir l'enfant, et on pourra y ajouter un gros d'acide sulfurique étendu. La dose de ces médicaments pourra être augmentée s'il n'y a pas de sensibilité de la peau. Dans le jour, si l'on n'emploie pas d'onguent, on pourra laver les parties deux ou trois fois avec une lotion que l'on préparera en faisant dissoudre deux grains de sublimé corrosif, ou un scrupule de sulfate de zinc, dans huit onces d'émulsion d'amandes.

SECTION XVII. — *Du pityriasis.*

Le pityriasis est une maladie qui consiste en une éruption sèche croûteuse et écailleuse sur la tête parmi les cheveux. Près du front la peau est recouverte d'une croûte épaisse et blanche que l'on peut détacher en forme de poudre. Plus loin, en arrière, il se forme des écailles plus larges. On guérit cette maladie en coupant les cheveux et en rasant la tête; puis en la brossant tous les jours avec une brosse rude, en la lavant avec du savon et de l'eau, et en y appliquant de l'onguent de nitrate de mercure, Si cette af-

fection est négligée, il peut se former des ulcères, et la maladie peut se convertir en une de celles que je vais décrire. Le pityriasis est quelquefois contagieux. Une variété paraît sur le crâne comme de petites taches rouges ; la circonférence s'étend et reste rouge, tandis que le centre devient pâle et écailleux. Elle s'accompagne de la chute des cheveux.

Cette maladie n'est pas seulement limitée à la tête, mais elle affecte d'autres parties. La variété nommée *pityriasis rubra* par le docteur Willan est fréquente à tous les âges, quoiqu'on dise qu'elle soit plus sujette à se montrer dans un âge avancé. Elle commence par une rougeur d'une étendue variable et d'une forme illimitée ; elle peut être petite ou très-étendue ; la couleur devient plus foncée, et la surface cutanée rugueuse. Ensuite elle prend une apparence farineuse à cause d'un commencement d'exfoliation de la peau. A mesure que celle-ci fait des progrès, la partie est presque recouverte d'écailles grisâtres qui, à mesure qu'elles tombent en différentes places, laissent voir une peau rouge au-dessous. L'exfoliation peut se répéter ensuite, et lorsque la surface est étendue on trouve souvent le lit du malade couvert de petites écailles. Les parties affectées sont prurigineuses, et quelquefois elles sont dures au toucher. La peau est sèche, et l'on ne peut, en général, procurer des sueurs, soit naturellement, soit artificiellement.

Il y a une grande analogie entre toutes les éruptions écailleuses, et souvent on remarque sur la même personne des espèces différentes sur diverses parties ; chez quelques-unes l'affection ressemble davantage au psoriasis ; chez d'autres il y a des plaques distinctes de la nature de la lèpre. Quelquefois il n'est pas très-aisé de dire si l'éruption appartient plus à telle espèce qu'à telle autre. C'est ce pityriasis et ses variétés que l'on appelle souvent à contre temps dartre farineuse, nom que l'on donne aussi aux modifications du psoriasis, et à la vérité à toutes les éruptions écailleuses superficielles. — Le traitement consiste à régler le cours du ventre, à éviter tout aliment salé ou irritant, à user fréquemment du bain chaud, et à faire de légères frictions avec de l'onguent de nitrate de mercure, ou avec un cérat contenant du *cocculus indicus* réduit en poudre fine. L'emploi de quelques diaphorétiques, tels qu'une décoction de salsepareille avec un peu de vin d'antimoine, de l'arsenic ; des eaux sulfureuses à l'intérieur et à l'extérieur peuvent être utiles.

SECTION XVIII. — *Du porrigo.*

Le porrigo ou la teigne est une collection d'achores ou de pustules renfermant un liquide coloré en jaune, ressemblant un peu à du miel et se terminant quelquefois par la production d'une surface à vif, sécrétant un liquide, mais plus souvent par la formation de croûtes qui sont généralement blanches ou jaunes, mais quelquefois d'une couleur plus foncée à cause du mélange du sang. Les pustules commencent sur la face ou sur la tête, et ont leur siége principal tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre de ces parties, ou quelquefois toutes les deux sont également affectées. Les pustules y sont assez larges et ont un bord rouge ; elles ne sont pas en général douloureuses, mais elles causent de la démangeaison, surtout la nuit. La matière (1) qui s'en écoule est souvent abondante, et quelquefois si âcre, que les ganglions absorbants situés vers l'os maxillaire inférieur ou vers le cou se tuméfient et suppurent. Les ganglions situés dans des parties éloignées du corps ou dans le mésentère sont quelquefois, chez les individus malsains, tuméfiés comme symptôme concomitant. Par tout le corps, il y a aussi un grand nombre de pustules qui sont plus petites que celles de la tête ; elles ont une base rouge, un sommet rempli de lymphe, et elles causent des démangeaisons ; ensuite, le liquide couleur paille qu'elles renferment suinte et forme des croûtes plates et rugueuses d'une couleur sanguinolente ou d'un brun sale. La proportion entre la rougeur de la peau et l'incrustation n'est pas cependant toujours la même ; car souvent, surtout vers la partie postérieure du cou, toute la surface cutanée est d'un rouge foncé, avec seulement de petites croûtes non adhérentes répandues en assez grand nombre sur elle. Dans d'autres cas, la peau est parsemée en différentes parties de taches furfuracées, et d'une éruption papuleuse, comme le prurigo. Quand les croûtes tombent, elles laissent la peau rouge, mais il ne reste aucune escharе, si ce n'est dans des cas très-graves, où une ulcération profonde

(1) On en a publié l'analyse, mais elle jette peu de jour sur le traitement.

s'est établie. Une excoriation très-étendue, avec une sécrétion abondante et un aspect alarmant, ne laisse après elle aucune trace permanente, ni aucune cicatrice. La maladie est contagieuse, et elle dépend généralement, sinon toujours, d'un vice scrofuleux.

Cette maladie a été divisée en un grand nombre d'espèces, mais aucune classification, que je connaisse, n'est exempte d'objection, et je n'ai pas l'intention d'en augmenter le nombre, mais je décrirai ce que j'ai trouvé sous les noms employés par le docteur Willan. — Les différents auteurs ne s'entendent ni pour les noms ni pour les descriptions, et un grand nombre semblent former des espèces distinctes d'affections, qui, d'après la description, paraissent n'avoir aucune dissimilitude. Alibert et Galliot disent que les neuf dixièmes de cas sont la teigne faveuse; la plus grande partie de l'autre dixième, la teigne granulée; et que le reste se compose d'une espèce plus rare, renfermant la teigne muciflore, qui est une simple variété du *porrigo favosa* du docteur Willan.

1° Le *porrigo larvalis*, ainsi nommé à cause des croûtes qui recouvrent la figure, comme ferait un masque; elle est aussi connue sous le nom de *crusta lactea*, ou croûte laiteuse, *ignis sylvestris*, ou *volaticus*. La teigne muciflore d'Alibert peut être regardée comme synonyme de cette espèce et de la dernière de Willan, le *porrigo favosa*, qui est une simple variété, ne différant en rien, sinon que les pustules sont un peu plus larges. Elle commence ordinairement sur le front et les joues par une éruption de groupes de petits achores, naissant d'une surface enflammée ou rouge, ou de pustules plus grosses et plus éparses ressemblant à du miel, appelées *favia*, et constituant dans ce cas-là le *porrigo favosa* de Willan. Les pustules s'étendent sur la face et parmi les cheveux, sur une grande partie du crâne, et vers les oreilles. Des pustules nombreuses sont aussi disséminées sur tout le corps et aux extrémités, mais elles sont rarement aussi grosses que celles de la tête. Les pustules qui sont prurigineuses crèvent bientôt, et le liquide visqueux qu'elles contenaient se durcit en des croûtes, quelquefois minces, quelquefois assez épaisses, mais généralement jaunâtres, à moins qu'elles ne se soient teintes de sang. Lorsque les croûtes sont arrachées, ou lorsqu'elles tombent, la surface au-dessous est rouge ou pourpre, mais non excoriée, et dans beaucoup d'endroits on les trouve couvertes encore de petits fragments de croûte. Dans d'autres cas, l'écoulement est si abondant, que les croûtes n'ont pas le temps de se former, mais toute la surface, excepté le bord supérieur, ou une ou deux petites portions des croûtes, est à vif et excoriée, et le liquide s'écoule en larges gouttes. Dans quelques cas, où il y a une plus grande irritation, ou lorsque la partie a été profondément et promptement écorchée, il se forme de petits ulcères en forme de godets, et, excepté en ces endroits, la maladie ne laisse aucune cicatrice; même dans ces cas-là, la santé n'en souffre qu'autant que le sommeil est troublé et que la démangeaison fait excorier la peau. Lorsque l'urine acquiert une odeur particulière, comme celle des chats, on suppose que la maladie est sur le déclin. Cette éruption, si elle ne dépend pas du vice scrofuleux, est du moins très-fréquente chez les constitutions scrofuleuses. On l'a attribuée à un lait trop riche, mais elle est aussi fréquente chez les enfants qui sont mal nourris; elle paraît se lier davantage à une mauvaise digestion ou à un mauvais état des intestins, et elle accompagne souvent l'irritation dentaire si elle n'est pas provoquée par elle. Quant au traitement des variétés les plus bénignes de cette affection, il suffit de donner régulièrement quelques doux laxatifs, tels que la rhubarbe, la magnésie, les entremêlant de temps à autre par de petites doses de calomel, ou bien l'on donnera dans le même but les différentes préparations du soufre. Il faudra faire attention à la nourriture, et si l'enfant est pléthorique, on pourra donner pour aliment la farine d'orge comme étant moins nourrissante que les autres. La décoction de la violette tricolore a été conseillée par Strack et Stoll; mais je ne sache pas qu'aucun médicament interne soit utile, à moins qu'il ne soit requis par l'état des intestins. La soude et la potasse, à une dose suffisante pour tenir le cours de ventre libre, sont utiles; quant au quinquina et aux autres toniques, il est difficile de les faire prendre, et j'ai peu sujet d'y avoir confiance. Je puis dire la même chose de la ciguë. L'iode est un des meilleurs médicaments à l'intérieur. Si le malade est robuste et assez âgé, la saignée est utile s'il y a une grande inflammation; s'il est plus jeune, des sangsues pourront être appliquées à la nuque. On a proposé de pratiquer un

exutoire sur quelque partie du corps, mais ceci n'est pas très-utile. — Les applications locales dans les cas légers ne sont pas requises; mais quand elles sont nécessaires, à cause du nombre des croûtes et de la démangeaison, les préparations de soufre et de mercure conviennent; l'onguent soufré, ou du soufre mêlé avec de l'huile de noisette, ou l'onguent fait avec du charbon (1), seul ou avec addition d'une petite quantité de soude ou d'onguent de nitrate de mercure ou de coque du Levant, peut être appliqué trois fois par jour, et les portions rouges qui ne sont pas protégées par les croûtes pourront être lavées avec de l'eau de chaux, ou avec de l'eau dans laquelle on aura fait bouillir de la chaux vive et du soufre, ou avec une très-faible solution de muriate de mercure, ou avec une solution d'acétate de plomb, dans la proportion de trois grains pour une once d'eau; de la charpie imbibée d'une de ces solutions, et recouverte de soie imbibée d'huile, a paru réussir si les croûtes sont peu nombreuses; mais s'il y a une grande excoriation, et à la vérité partout où il y aura une surface à l'état d'irritation, il faudra employer de doux topiques en même temps que des laxatifs.

(1) La poudre de charbon, mêlée à une quantité d'axonge suffisante pour en faire un savon ou une pâte, a du moins la propriété de détruire la mauvaise odeur. Quelques médecins l'emploient dans la proportion d'un cinquième de charbon, et Alibert préfère le charbon de terre. D'autres le mêlent à du soufre. Capuron et Gardien s'accordent à le préconiser, mais je crains qu'il ne faille dire de cette préparation comme des autres, qu'on ne peut y compter avec assurance. Une prescription tout opposée, savoir un onguent préparé avec du manganèse au lieu de charbon, a été conseillée, mais je suis moins disposé à y avoir confiance. Rayer emploie l'onguent suivant : *R.* craie préparée, une once; sous-carbonate de potasse, deux gros; poudre de charbon, un gros; axonge, q. s. Biett recommande fortement un savon préparé avec vingt-quatre ou vingt-six grains d'iodure de soufre pour une once d'axonge. Quelques-uns emploient une lotion composée de sulfure de potasse dissous dans de l'eau avec addition d'iode. Le docteur Crampton compte moins sur les topiques que sur les purgatifs et sur les remèdes qui améliorent la santé. (*Trans. of Irish coll. of phys.*, vol. VI.)

L'onguent que j'ai trouvé le plus utile dans ces circonstances, c'est celui qui est fait avec de la céruse, ou de l'axonge mêlée avec du charbon, lavée, tandis que l'on baignera aussi les parties avec une faible solution de sulfate de zinc dans une émulsion d'amandes.

2° Le *porrigo furfuracé* se rencontre plus souvent chez les femmes que chez les enfants. Il est limité au cuir chevelu; les pustules sont petites, elles contiennent peu de liquide et forment bientôt des écailles minces; de sorte que la maladie ressemble beaucoup au pityriasis, mais elle en diffère par son origine et aussi par la réapparition de pustules avec suintement. Les cheveux deviennent plus minces et plus fragiles. Le traitement consiste à raser la tête et à ôter les écailles ou les croûtes par de fréquentes ablutions avec une éponge imbibée d'eau de savon; ensuite, si la peau est sensible ou irritable, on pourra appliquer l'onguent de céruse ou de l'axonge mêlée à un quart de son poids de coque du Levant, ou de charbon. Si la peau est moins sensible, on pourra appliquer quelque topique stimulant, comme par exemple l'onguent de nitrate de mercure, ou une décoction d'ellébore, qui a été recommandée par le docteur Heberden.

3° Le *porrigo lupinosa*, ou la teigne granulée et la teigne faveuse d'Alibert, est une affection longue et rebelle; elle est principalement limitée au crâne, mais quelquefois de petites taches paraissent aux extrémités. Sur la tête, plusieurs groupes, séparés d'achores, forment et produisent des croûtes de la largeur d'une pièce de dix sous; celles-ci sont plus élevées sur le bord qu'au centre, qui est déprimé et d'une apparence poudreuse. La couleur est d'un blanc sale, à moins qu'elle ne soit teinte de sang, et l'apparence est celle du mortier sec. L'odeur a été comparée à du beurre rance. Ces plaques ne sont pas confluentes, mais la peau intermédiaire est furfuracée ou écailleuse; et si la maladie est négligée, une incrustation générale peut couvrir la tête. Elle est nommée *lupinosa*, d'après une ressemblance supposée avec les grains de lupin.

Il est nécessaire d'enlever les cheveux, et à ce dessein on a proposé, dans cette espèce de maladie et dans les autres, d'appliquer sur le crâne un emplâtre de poix de Bourgogne, et ensuite de l'arracher avec violence, de manière à emporter les cheveux. Cette pratique barbare est

maintenant abandonnée. On a proposé des dépilatoires, comme la chaux vive, mais l'on peut toujours, en ramollissant les croûtes, en coupant et en rasant souvent les cheveux, les enlever; dans ce but, et aussi pour mettre à nu la surface malade, il est nécessaire de faire des lotions savonneuses, d'appliquer des cataplasmes et de doux onguents, pour ramollir et détacher les croûtes. Ensuite on oindra fréquemment la surface malade avec un onguent composé d'huile de noix, de soufre vif et de camphre, ou d'axonge mêlée au précipité blanc de mercure, avec l'onguent de nitrate de mercure, ou avec un cérat contenant de l'ellébore. — Le docteur Underwood recommande la lotion savonneuse, ou une décoction de tabac, mais celle-ci est dangereuse, si la peau est à vif. Barlow conseille la lotion suivante :

℞ Soufre,	3 gros.
Savon blanc,	1 gros et demi.
Eau de chaux,	6 onces et demie.
Alcool,	2 onces.
Mêlez.	

On a conseillé dans le porrigo, une calotte imbibée d'huile, pour maintenir les applications et conserver les parties chaudes, mais je doute qu'elle soit utile.

4° *Le porrigo scutulata* se montre rarement avant l'âge de trois ou quatre ans; mais quand il a pris place, il dure souvent non-seulement plusieurs mois, mais même des années, à des degrés différents; il commence par des groupes distincts de petits achores jaunes et prurigineux, qui se rompent et forment des croûtes minces, recouvrant la tache primitive, qui a en quelque sorte une forme circulaire. La base de chaque petit achore est rouge, les plaques sont plus épaisses à leurs bords, et les pustules sont en plus petit nombre vers le centre, où les croûtes sont plus minces, et se détachent les premières. Lorsqu'elles tombent, on trouve la peau au-dessous rouge et brillante, et bientôt après des pustules rouges paraissent, avec des bords plus étendus, tandis que le centre devient d'abord un peu plus rouge et ensuite plus écailleux; les cheveux, à la partie affectée, deviennent plus clairs, plus crépus, plus minces, et finissent par tomber aux parties centrales. Un grand nombre de ces anneaux se forment sur le crâne, de sorte que l'on a à la fin, dans différentes parties, de nombreuses places qui sont dépourvues de cheveux, ou qui en sont légèrement recouvertes, faisant voir la maladie dans toutes ses périodes. Quelques-unes sont nues et brillantes, parsemées de croûtes; d'autres présentent le cercle extérieur formé par des achores jaunes, et les bords enflammés; d'autres ont encore leurs croûtes. Tant que la surface conserve quelque apparence anormale, l'on peut compter que la maladie reviendra. On observe des formes semblables sur d'autres parties du corps, ou bien il peut y avoir une variété de l'herpes ou de la lèpre.

Cette maladie peut survenir sans aucune cause apparente, mais le plus souvent, elle se gagne soit en employant le même peigne ou la même serviette, ou le même bonnet, que la personne qui est déjà atteinte de cette maladie. — Dans cette espèce, comme dans les autres, il est nécessaire de faire raser la tête; mais cette opération doit être faite avec le moins d'irritation possible. On a proposé différentes applications, mais lorsqu'il y a beaucoup de sensibilité, il faut commencer par la plus douce, ou peut-être se contenter de fréquentes ablutions ou de l'emploi d'une très-faible solution de muriate de mercure dans une émulsion d'amandes, ou d'une solution de chlorure de chaux, ou d'un onguent préparé soit avec de la céruse, soit avec du charbon. Lorsque l'inflammation ou la sensibilité est légère, et que les croûtes sont sèches ou écailleuses et très-saillantes, il faut recourir à des applications plus fortes, et elles sont tôt ou tard nécessaires. Elles doivent être variées, selon leurs effets, et il en est de même de leur force. La plus douce est peut-être l'onguent de manganèse, déjà indiqué dans une note. Les plus âcres sont préparés avec le muriate de mercure, l'acétate de cuivre, les cantharides, le tabac, le piment, l'ellébore, l'arsenic, la poudre à canon, l'acide nitreux, l'alun, etc. Le docteur Hamilton recommande fortement l'onguent de Banyer (1), seul ou étendu d'axonge. Quelques médecins ont employé les acides pyroligneux, hydrochlorique, ou sulfurique étendus, ou une forte solution de sel de cuisine. Toutes celles-ci et d'autres ap-

(1) R. céruse, demi-livre; litharge dorée, deux onces; alun calciné, un gros et demi; sublimé corrosif et mercure, une once et demie de chaque; axonge, deux livres; térébenthine de Venise, demi-livre; mêlez; faites un onguent pour la teigne.

plications stimulantes ont réussi, mais il faut les employer avec prudence, et ne pas les rendre plus fortes que la partie malade ne peut les supporter. Mais dans une foule d'autres cas, comme l'observe Capuron en parlant des irritants, ils ont échoué, après avoir plus ou moins « martyrisé la tête. » La maladie finit par disparaître d'elle-même.

SECTION XIX. — *Des croûtes provenant de la vermine.*

On guérit les croûtes sanguinolentes qui sont formées sur différentes parties de la tête par la vermine, surtout dans la fosse située près du cou, en peignant et en lavant la tête tous les jours, et en frictionnant les croûtes avec quelque préparation mercurielle, tandis qu'on frictionnera toute la tête entre les cheveux avec un onguent composé d'huile de noix et de staphisaigre, ou bien l'on saupoudrera l'espace compris entre les cheveux avec de la poudre de staphisaigre.

SECTION XX. — *De l'alopécie et de l'ophiasis.*

Les enfants et les adultes sont quelquefois atteints de calvitie, sans qu'il paraisse aucune des affections précédentes. Celse appelle cette maladie *area*, qui se compose de deux variétés, l'alopécie lorsque la calvitie occupe des places irrégulières sur la tête, et l'ophiasis, lorsqu'elle s'étend de l'occiput, en se portant autour de la tête. Ordinairement les plaques sont presque circulaires, et la peau est tout-à-fait à nu, brillante et lisse, tandis que les parties voisines ont l'aspect ordinaire de la tête, et les cheveux sont à l'état sain. Cette affection a été regardée par le docteur Willan comme une espèce de porrigo, et il l'a appelée le *porrigo de calvans*, mais il n'est pas prouvé qu'elle soit nécessairement ou fréquemment précédée de la formation d'achores. Les plaques chauves augmentent de volume et de nombre, et à la fin toute la tête peut être dépouillée de cheveux, à l'exception d'une ou deux mèches; ensuite, sans aucune cause apparente, la peau prend une couleur plus naturelle, et les cheveux poussent. Le traitement consiste à faire raser la tête une fois par semaine, à frictionner la surface deux ou trois fois par jour avec quelque substance stimulante, telle que de l'huile d'olive mêlée avec une quantité d'acide nitreux ou muriatique, suffisante pour devenir légèrement piquante, sans être caustique. On peut employer une forte embrocation camphrée ou de l'alcool et de l'huile de térébenthine, ou quelques autres huiles essentielles, ou la teinture de cantharides, ou des vésicatoires, ou une solution de nitrate d'argent assez forte pour causer une légère irritation. Le docteur Beauchamps recommande, si la partie est rouge, l'application de sangsues; si elle ne l'est pas, il emploie en lotion une solution d'émétique, dans la proportion de cinq grains ou plus par once.

SECTION XXI. — *Du pourpre et des pétéchies.*

Le pourpre, ou les pétéchies sans fièvre, est une maladie assez fréquente parmi les enfants, surtout parmi ceux qui vivent dans des maisons étroites, ou qui sont nourris d'aliments insuffisants ou indigestes. Elle consiste en une éruption de petits points pourprés, qui sont circulaires, sans aucune élevure, rarement plus larges que le diamètre de la graine de coriandre, le plus souvent aussi gros que la tête d'une épingle; ils sont disséminés sur tout le corps, et même sur le cuir chevelu; ils se montrent brusquement, sans aucune fièvre, ou sans aucune indisposition apparente, et ils s'en vont lentement. Ils ne sont pas, en général, accompagnés d'une langue chargée, de gencives spongieuses, ou d'une haleine fétide, et les fèces ne deviennent pas irrégulières; mais elles le sont quelquefois avant que la maladie ne survienne, et le ventre peut être très-tuméfié, mais ce ne sont pas des symptômes essentiels; un bon régime, l'emploi des acides, la campagne, joints à un exercice modéré, en plein air, peuvent aisément triompher de cette maladie; ou quelquefois elle disparaît, sans qu'on ait fait aucun changement particulier dans le mode de traitement. Je n'ai jamais vu cette maladie attaquer les enfants avant qu'ils ne fussent sevrés. Cette éruption est quelquefois entremêlée de papules dures, formant une maladie décrite séparément, sous le nom de *lichen lividus*, par le docteur Willan. Elles durent pendant un temps considérable et se terminent par une légère exfoliation de la peau, mais ensuite elles peuvent être remplacées par une nouvelle éruption. Aucun traitement particulier n'est requis. Une espèce plus mauvaise du pourpre affecte les enfants aussi bien que les adultes,

et sa marche est plus lente. Pendant assez long-temps avant que les taches n'apparaissent, le malade est languissant et éprouve un malaise à l'estomac; puis des plaques rouges plus foncées que celles de la première espèce, paraissent aux extrémités, surtout aux jambes, qui sont douloureuses avant que l'éruption ne sorte. Le corps est ensuite affecté, et les taches deviennent bientôt livides. Quelquefois on aperçoit aussi sur la peau des lignes rouges. Cette maladie s'accompagne d'une hémorrhagie fréquente et quotidienne, par le nez, la bouche, le canal alimentaire ou le vagin, et quelquefois même par les oreilles. Cette espèce devient quelquefois mortelle, mais elle est guérie souvent par l'emploi de la quinine, du vin, des acides, par un bon régime et par l'air de la campagne. Elle est cependant souvent très-rebelle. Dans les cas graves et chez les enfants faibles, la maladie commence souvent par des plaques livides sur le crâne, puis la peau s'excorie, et ensuite on peut en trouver quelques-unes humides et laissant écouler du sang ou une matière sanguinolente; d'autres se dessèchent, sans former ni croûtes ni écailles, d'autres sont recouvertes d'une croûte noire mince; des ulcères gangréneux se forment derrière les oreilles, et les gencives, surtout près de la symphyse des os maxillaires, deviennent sales, et se recouvrent d'une lymphe brune. Une éruption de pétéchies paraît alors tout-à-coup, et l'enfant meurt généralement.

SECTION XXII. — *De l'érysipèle et de l'érythème.*

L'érysipèle (1) affecte quelquefois les enfants bientôt après leur naissance (2). Cette maladie paraît avoir été notée par Avicenne, sous le nom de *Undimium* ou d'érysipèle humide; ensuite d'autres auteurs, à différentes époques, en parlèrent, mais elle fut pour la première fois décrite minutieusement par les docteurs Underwood, Garthshore et Broomfield. Le docteur Underwood pense qu'elle attaque rarement les enfants âgés de plus de deux mois. Le docteur Broomfield l'a vue chez un enfant beaucoup plus âgé, et j'ai rencontré le même cas. Elle fait en général son apparition promptement, et l'espèce la plus mauvaise commence vers le pubis, s'étend le long du ventre et en bas des cuisses; il n'y a pas un grand gonflement, mais les parties malades deviennent dures, pourpres, et se terminent souvent par la mortification, de sorte que les organes de la génération sont détruits. Cette espèce devient très-souvent mortelle, vu que le péritoine et les intestins participent à la maladie. C'est une variété de l'érysipèle gangréneux de Willan. Une espèce plus douce, que j'ai rencontrée beaucoup plus souvent, commence aux mains et aux pieds, et souvent au cou et au visage, et il est bon de remarquer que cette espèce se termine fréquemment par la suppuration, et sur le cou particulièrement il peut se former une large collection de pus.

Dans l'espèce plus bénigne, la rougeur est plus forte, et la chaleur plus grande, que dans celle qui tend à la gangrène. Mais s'il y a une grande tuméfaction ou une induration du tissu cellulaire sous-jacent, il est difficile d'empêcher la formation du pus. Le traitement consiste à donner un purgatif, à régler ensuite avec soin l'état des intestins, et à tenir l'enfant dans une atmosphère fraîche. L'amélioration de la santé, et surtout une augmentation d'action dans les organes qui font le chyle, sont plus importantes que le traitement local. On diminuera la chaleur de la partie par l'application d'eau fraîche, qui est meilleure et plus sûre que des lotions médicamenteuses. On ne doit pas trop refroidir la partie, ni la tenir constamment humectée avec de l'eau froide, ce qui pourrait causer soit une métastase dangereuse, soit une grande faiblesse, qui se terminerait par la mortification. Tout ce que je conseille, c'est de tempérer la chaleur en épongeant ou en lavant la partie plus ou moins fréquemment, suivant les circonstances. Le remède ordinaire, c'est de la farine, qui ne fait du bien que comme moyen de maintenir l'application du froid. Le pré-

---

(1) L'érysipèle est accompagné de fièvre, et la partie affectée est rouge et brûlante, avec un gonflement mou et diffus. La rougeur disparaît à la pression faite avec le doigt, mais elle revient immédiatement quand on le retire. Il y a tendance à la formation de vésicules qui, en crevant, forment des croûtes ou des ulcères rebelles.

(2) Le docteur Underwood dit avoir vu une fois un enfant, né de parents sains, avec des taches inflammatoires livides et des vésicules ichoreuses sur le ventre et les cuisses; mais par l'emploi du quinquina, et surtout avec le lait de la mère, il en revint.

jugé que l'on a, de ne pas mouiller la peau, est tout-à-fait mal fondé. Mais si la surface était déjà assez refroidie, ou que l'action tendît plutôt à s'affaiblir, il faudrait s'abstenir de causer un plus grand froid, mais plutôt appliquer du coton sec. Ce n'est que dans le cas où les enfants sont robustes et l'inflammation considérable, que l'on peut se hasarder à faire une incision, comme cela se pratique sur les adultes. La perte de sang et les suites de la blessure, peuvent être plus fâcheuses que la maladie. Si la suppuration s'établit, il faudra appliquer un cataplasme de mie de pain et de lait, donner de bonne heure issue au pus, et maintenir doucement les parties avec une bande convenablement appliquée sur l'appareil du pansement, pour empêcher la formation des foyers; s'ils ont lieu, il faudra les ouvrir. On soutiendra les forces de l'enfant en lui donnant une bonne nourrice et des cordiaux, comme, par exemple, du vin blanc.

Dans l'espèce la plus pernicieuse, ou dans celle qui tend à la mortification des parties, la couleur est d'abord ou devient bientôt plus foncée ou plus pourpre, il y a moins de chaleur, quelquefois même la peau devient plus froide que de coutume, le tissu cellulaire sous-jacent est d'abord assez dur, puis il devient plus flasque, sans fluctuation, et les points les plus saillants sont livides ou bleus. La débilité constitutionnelle, les progrès vers la mortification, et le développement de cet état, sont proportionnels les uns aux autres. Il est évident que le traitement local, applicable à la première espèce, serait dangereux ici, sinon dans les cas rares, où cette mortification est précédée de symptômes plus distincts que de coutume d'une augmentation dans l'action artérielle, tels que la chaleur, etc. En général, la meilleure application depuis le commencement jusqu'à la fin, c'est l'alcool camphré, qui a été recommandé depuis long-temps par feu l'ingénieux Garthshore; mais s'il pique ou s'il cause de la douleur, il fait du mal, et dans ce cas-là il faut y substituer une application douce, telle qu'une faible solution de sulfate de zinc, ou du coton sec. S'il se forme des eschares, et que l'enfant vive encore, il conviendra d'appliquer un cataplasme de mie de pain et de lait, et de laver les parties avec une faible solution de chlorure de chaux, pour enlever l'odeur, ou bien on appliquera un cataplasme préparé avec cette solution et de la mie de pain, ce qui fait aussi détacher les eschares plus vite. L'ammoniaque, donné de bonne heure à la dose de quatre jusqu'à six grains toutes les trois heures, a été utile; mais j'ai tiré un plus grand parti du calomel, à une dose suffisante pour agir sur les intestins, que de tout autre médicament. Des matières fécales vertes et fétides sont généralement expulsées. On a donné aussi la quinine à la dose d'un demi-grain deux ou trois fois par jour, mais le degré précis d'utilité que l'on retire de ce médicament, dans les maladies des enfants, n'est pas encore entièrement apprécié. Cependant quand on peut le donner avec facilité, quand l'estomac et les intestins peuvent le supporter, ou quand il peut être administré et gardé en lavement, je suis disposé à le conseiller et à l'employer moi-même. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il faut prendre le plus grand soin de soutenir les forces par une nourriture convenable et par des cordiaux donnés avec prudence. Le meilleur est le vin; les opiacés ne sont utiles que lorsqu'il y a une grande irritation ou de la diarrhée. C'est une erreur de les donner indistinctement comme faisant partie des cordiaux, car ils ne sont utiles que sous ces deux points de vue. Les acides minéraux conviennent rarement, pour ne pas dire jamais, aux enfants.

L'érythème, suivant les nosologistes, diffère de l'érysipèle, en ce qu'il n'est pas accompagné du même gonflement diffus, et en ce qu'il n'a pas la même tendance à former une vésication. Il n'est non plus précédé ni accompagné d'aucune fièvre régulière, quoique l'économie puisse être parfois troublée pendant son apparition. Dans quelques cas, la partie enflammée paraît d'abord être rude au toucher, comme si elle était recouverte d'innombrables papules, mais cette apparence se dissipe ensuite. Le traitement est presque le même que celui de l'érysipèle. Quelquefois des taches érythémateuses, petites et irrégulières, accompagnées d'un gonflement œdémateux, paraissent aux articulations, aux paupières ou sur différentes parties du corps des enfants (1) avec excoriation et fièvre. Elles ne demandent, en général, qu'à être tenues propres, en

(1) Les taches érythémateuses produites par la morsure des cousins, etc., chez les personnes qui ont la peau délicate, se distinguent par le petit point ou la marque qu'elles ont au centre.

les lavant avec de l'eau tiède et du lait, à être saupoudrées avec quelque poudre fraîche et absorbante, ou à être lavées avec du vinaigre. Le calomel est utile, seul ou avec les autres laxatifs, et il faudra apporter une grande attention au régime, etc.

Après le vaccin, il paraît quelquefois des taches érythémateuses, non-seulement sur le bras, où l'inoculation a été faite, mais même sur des parties plus éloignées. Ceci a lieu principalement après que la vésicule est arrivée à son plus grand développement, ou lorsqu'elle est sur son déclin. L'inflammation se termine, sinon par la gangrène, du moins par un état livide des parties, avec un épuisement mortel. Les applications alcooliques sont nécessaires. Quand la partie devient livide, il faut soutenir les forces et ouvrir les voies intestinales. Dans la première période de cette affection, les lotions saturnines conviennent, et font souvent disparaître la maladie. Le calomel est utile. Le docteur Willan la décrit comme une espèce de roséole.

Il y a une espèce d'érythème, *erythema nodosum*, du docteur Willan, dans lequel les plaques sont soulevées vers le centre. Cette élevure arrive par degrés. Au bout de quelques jours, des tumeurs dures et douloureuses se forment, qui menacent de suppurer, mais elles s'affaissent ensuite, se ramollissent et se terminent par la desquammation. Elles sont plus communes au menton, mais elles peuvent affecter toutes les parties du corps. Les laxatifs conviennent.

SECTION XXIII. — *Des excoriations derrière les oreilles.*

Des excoriations se montrent souvent derrière les oreilles, surtout pendant la dentition, la peau derrière le pavillon est recouverte de petites pustules, et l'inflammation s'étend de l'une à l'autre. Quelquefois il survient une espèce d'inflammation érythémateuse, sans pustules, se terminant par des vésicules, qui laissent suinter une matière peu épaisse. Cette affection n'est pas généralement dangereuse, mais elle est quelquefois ennuyeuse, et fait gonfler les ganglions lymphatiques autour des mâchoires et du cou. Parfois cependant, les parties deviennent d'abord livides, et puis gangréneuses; dans ces cas-là, l'enfant succombe généralement, quand bien même les escharres commenceraient à se détacher. Dans les cas plus doux de mal d'oreilles, il est rarement nécessaire de faire autre chose que de laver fréquemment la surface malade avec de l'eau et du lait. Si la partie cause beaucoup de démangeaison, on pourra la laver avec de l'eau de rose contenant un peu de teinture opiacée, ou avec une faible solution de sulfate de zinc; mais les lotions astringentes, ou les topiques qui tendent à guérir promptement la surface, s'il y a longtemps qu'elle est à nu, ou si elle suinte beaucoup, sont regardés avec raison, à moins que l'on ne donne de fréquentes purgations, comme dangereux et sujets à causer une maladie au-dedans du crâne, surtout chez les enfants qui sont prédisposés aux convulsions ou à l'hydrocéphale.

Si d'autres applications sont nécessaires, l'onguent citrin ou des liniments contenant de l'acétate de plomb, la poudre de zinc, le suc des scrofulaires, le soufre, le charbon, la céruse, etc., ont été employés. Le dernier de ces médicaments est souvent le meilleur. — Quand les parties deviennent livides, ou menacent de se mortifier, on devra appliquer, au moyen d'un petit pinceau, l'alcool camphré, et l'on pansera la partie avec un onguent doux; ensuite, quand l'escharre sera formée, on devra se servir d'un cataplasme ou d'une solution de chlorure de chaux. On devra soutenir les forces et maintenir les intestins dans un état régulier.

SECTION XXIV. — *Ulcération des gencives.*

Les gencives, à l'époque de la dentition, ou quelquefois lorsque la première rangée de dents paraît, deviennent spongieuses, ulcérées, et laissent écouler une matière liquide et fétide. Cette affection peut être généralement arrêtée, en appliquant une mixture d'acide muriatique et de miel, en proportions telles, qu'elle soit légèrement piquante au goût, ou bien on peut les laver fréquemment avec parties égales d'eau de chaux et de teinture de myrrhe, ou avec une solution de sulfate de zinc ou de chlorure de chaux. — Si la maladie est négligée, l'ulcération devient fongueuse, et est appelée scorbutique (1), ou quelquefois elle participe

(1) Dans ce cas-ci, quelques auteurs ont recommandé les lotions stimulantes et astringentes, d'autres la compression.

de l'espèce qui ressemble à la gangrène phagédénique, qui est un ulcère livide, fétide et rongeant, détruisant les gencives, et dans quelques cas l'os maxillaire et la joue, de sorte que si l'enfant survit, aucune dent ne se forme dans la suite sur cette partie de la mâchoire. Quelquefois, dès le début, cette maladie revêt une forme maligne, commençant par quelque degré d'inflammation de la gencive, généralement à l'endroit où doivent paraître les incisives. La partie n'est pas gonflée, mais luisante, et d'un rouge pâle, et cette couleur s'étend le long des gencives, à une étendue considérable. Bientôt cette partie se mortifie, formant un réseau le long de la gencive, marqué par une eschare blanche ou brûnâtre, tandis que sur les bords de cette ligne, la surface est enflammée ; et cette partie enflammée se mortifie ensuite, de sorte que l'inflammation précède la gangrène, jusqu'à ce que la bouche et les joues soient affectées, et qu'il se soit formé un large ulcère fétide, qui attaque bientôt les os. Cette maladie a été nommée cancer. Elle s'accompagne d'une perte considérable de salive, et l'haleine est très-fétide. Une bonne nourriture, le jus d'orange et le sulfate de quinine, avec de grands soins de propreté, en même temps que l'on fera usage de la solution de chlorure de chaux en lotion, pour enlever la mauvaise odeur, sont les moyens de guérison les plus raisonnables.

Dans quelques familles, un grand nombre d'enfants sont sujets à un état spongieux et ulcéré des gencives, qui fait tomber les dents ou les rend vacillantes. Les gencives saignent, et quelquefois il survient une hémorrhagie nasale, et l'on remarque des taches livides sur la peau. Le meilleur remède, c'est l'air de la campagne, les fruits mûrs, les acides végétaux, le quinquina ou le sulfate de quinine à la dose d'un demi-grain, les laxatifs et une bonne nourriture. La solution de borax est le meilleur topique.

SECTION XXV. — *Érosion de la joue, ulcération gangréneuse des parties génitales.*

Une autre maladie rongeante commence dans la joue elle-même, ou dans la lèvre ; elle débute par un léger gonflement, dur, ferme et luisant. Il commence généralement dans la joue, qui devient plus grosse que l'autre, et la lèvre supérieure devient rigide, tuméfiée et luisante. Sur quelque partie de la peau tuméfiée, généralement sur la joue, on observe ensuite une tache livide qui s'élève et s'étend seulement sur les côtés et en bas. Comme elle a son siège près la bouche, elle gagne bientôt les gencives, et la langue même participe à cette maladie, offrant un aspect hideux. L'on trouve souvent une grande partie de la lèvre supérieure ou inférieure détruite ; quelquefois il ne reste qu'une portion de la lèvre, et tout le reste est rongé. Les gencives sont sales, les dents vacillantes, la langue épaissie, en partie détruite et tellement collée sur les autres parties malades, que l'on ne saurait dire si c'est la langue ou la gencive, à moins que l'enfant ne remue la langue. La bouche elle-même est remplie de salive. La plaie est sale, ne montrant aucune granulation, mais paraissant recouverte d'une couche rugueuse et irrégulière d'une lymphe brune. Les parties environnantes sont un peu tuméfiées. Auprès de l'ulcère, elles sont dures et rouges ; plus loin, sur la joue, elles sont plus pâles et ont un aspect œdémateux. Ces symptômes locaux s'accompagnent de maigreur et de fièvre, et l'enfant est agité, ou il gémit, plongé dans un état d'assoupissement. Cette maladie est souvent mortelle. Quelquefois à la vérité, les parties se cicatrisent, ou le malade en revient, après l'exfoliation d'une portion de l'os maxillaire. Cet ulcère doit être combattu par les stimulants, tels qu'une solution de chlorure de chaux ou de nitrate d'argent, l'alcool camphré, la teinture d'opium, etc., mais quelquefois il est nécessaire de les laisser de côté, pour appliquer un cataplasme de graine de lin, de mie de pain et de lait, ou de carotte, car tout ce qui cause de la douleur, surtout une douleur qui dure, est nuisible. On tiendra le cours du ventre libre, on supportera les forces avec du lait, des soupes et du vin ; on donnera des fruits mûrs, s'ils ne causent pas de diarrhée. Avant que l'ulcération ne s'établisse, la meilleure application c'est l'alcool camphré, pourvu qu'il ne cause pas de douleur, ou si la partie est tuméfiée et dure sans être rouge, l'on emploiera de légères frictions avec un liniment camphré. De doux laxatifs sont utiles.

Une autre affection qui détruit les par

M. Berthe conseille d'exciter la partie malade, et Capdeville propose le cautère actuel. On a préconisé aussi la solution du sel de cuisine.

ties est appelée *noma*, elle diffère de la première en ce qu'elle détruit plutôt par gangrène que par ulcération. Elle attaque principalement les joues et les grandes lèvres des enfants; elle commence par une tache livide, sans douleur, sans chaleur ou sans gonflement, ou bien ces symptômes sont très-légers. Elle n'est pas précédée de fièvre, elle se termine par une gangrène qui détruit la partie, et le malade meurt au bout de quelques jours. L'affection doit être traitée d'abord par des applications saturnines, ensuite, lorsque la gangrène se montre, on pourra appliquer l'acide nitrique sur un point, au moyen d'un morceau de charpie ou d'un petit pinceau, en prenant garde qu'il ne s'étende. Ensuite on emploiera une solution de chlorure de chaux ou un cataplasme fermentant, tandis que l'on donnera à l'intérieur de l'opium et du vin avec ou sans quinine, selon la susceptibilité de l'estomac. Il faudra aussi stimuler les intestins. Quelques enfants, surtout celles qui sont d'une constitution scrofuleuse souffrent beaucoup d'une excoriation et d'une inflammation qui souvent affectent en même temps les narines, la lèvre supérieure et les grandes lèvres; le mont de Vénus et les grandes lèvres sont tuméfiés, rouges, et causent beaucoup de démangeaison; ils sont quelquefois recouverts de petites pustules ou de petites croûtes, ou bien ils laissent suinter un liquide séreux. Les parties internes sécrètent une matière muco-purulente, et la malade éprouve de la douleur en urinant. L'enfant est pâle, les intestins en mauvais état, le pouls fréquent, l'appétit nul, et le sommeil troublé.

Je n'ai jamais trouvé rien qui fût aussi utile que d'appliquer un onguent fait avec de la céruse ou du cérat simple mêlé à de la craie préparée, et que de baigner souvent les parties avec une faible solution de sulfate de zinc, avec addition d'une petite quantité de vinaigre. Les intestins demandent à être surveillés avec beaucoup d'attention. J'ai vu quelquefois une affection terrible succéder à la rougeole ou à la scarlatine, mais qui peut aussi survenir sans aucune maladie antérieure, formant une espèce particulière qui est décidément contagieuse. Les grandes lèvres sont généralement affectées, et quelquefois la maladie est limitée à un seul côté. La surface externe devient légèrement érysipélateuse; il se forme une légère vésication qui, dans les cas les plus doux, s'affaisse et se termine en une croûte légère. A un plus haut degré l'inflammation est plus grande, et les vésicules se terminent par des ulcères livides ou par des eschares. L'intérieur des grandes lèvres est d'un rouge foncé; une ou toutes les deux nymphes se gonflent, mais le prépuce du clitoris est principalement affecté, et se tuméfie promptement et considérablement; il s'établit une exsudation d'une lymphe jaune ou couleur de buffle, suivie presque immédiatement de la mortification d'une portion plus ou moins grande des parties, ce qui forme une eschare cendrée, et quand elle tombe, les parties au-dessous sont dans un état de suppuration et d'inflammation sans aucune granulation. Si la surface extérieure se prend, les eschares sont noires; toute une lèvre peut être détruite, ou bien une portion des deux grandes lèvres, mais la destruction est souvent comparativement plus grande dans les nymphes, et particulièrement dans le prépuce du clitoris. D'abord il y a un écoulement abondant très-fétide et muco-purulent qui devient sanieux ou sanguinolent. Dès le début, il y a de la langueur, de la pâleur et de la faiblesse plus ou moins grande, selon l'intensité de la maladie. Dans quelques cas le pouls n'est pas très-fréquent, et il n'y a pas beaucoup de chaleur à la peau, la langue est humide et l'appétit n'est pas perdu, ni le pouls très-accéléré. Dans d'autres, la langue est sèche, la peau froide ou très-chaude, le pouls fréquent et l'œil morne. Il n'y a pas d'appétit, mais plutôt des nausées et de la soif. A mesure que la maladie avance la faiblesse augmente, et l'enfant meurt bientôt. C'est une maladie très-dangereuse; elle est quelquefois liée avec l'affection des joues déjà décrite. Elle demande l'emploi de doux laxatifs, une attention particulière à la nourriture, et un usage judicieux de vin et de laudanum pour calmer l'irritation; on peut donner aussi le sulfate de quinine. Les parties devront être tenues très-propres, lavées fréquemment avec une faible solution d'acétate de plomb, et pansées avec du cérat contenant de l'oxide de plomb ou de zinc. Quand les eschares se forment, la meilleure lotion est une faible solution de chlorure de chaux, ce qui enlève toujours l'odeur pour le moment.

Un cataplasme de mie de pain et de lait est souvent l'application la plus utile; ou si les eschares sont profondes et étendues, un cataplasme préparé avec une solution de chlorure de chaux et de

la mie de pain, le cautère actuel ont été employés sur le continent, mais rarement dans cette contrée. Une variété de cette maladie, qui ne diffère nullement pour les principaux symptômes, s'accompagne d'une fièvre particulière (1).

SECTION XXVI. — *Des aphthes.*

Les aphthes sont de petits points blancs ou des exsudations d'un mucus coagulé, paraissant sur la langue, à l'intérieur des joues et de la gorge. Cette maladie se présente sous deux formes. La forme légère, dans laquelle l'éruption à la bouche est petite, et les symptômes comparativement minimes ; et la forme grave, dans laquelle la maladie locale est étendue et la constitution considérablement affectée. Dans la première, ou dans la forme légère, de petits points épars paraissent à la bouche comme si de petits grumeleaux de lait caillé étaient collés sur la surface de la langue ou au-dedans des lèvres. Ceux-ci, au bout de quelque temps, deviennent jaunâtres et tombent ensuite, mais ils peuvent se renouveler trois ou quatre fois. Les parties au-dessous sont rouges ou couleur d'œillet. L'enfant, dans cette maladie, est généralement un peu agité, la bouche est plus chaude que de coutume, il y a une diarrhée et quelquefois des tranchées que l'on a attribuées à une acidité de la salive. Les matières fécales sont altérées dans leur aspect, elles sont vertes et contiennent du lait non digéré, ou elles ont une très-mauvaise odeur. Il n'y a point de fièvre ni aucun trouble général, excepté celui qui pourrait provenir simplement d'une irritation des intestins. Cette affection est très-fréquente dans le premier mois qui suit la naissance, mais elle peut survenir plus tard. Dans la forme grave de cette maladie, une fièvre (1), même de nature contagieuse, précède ou accompagne les aphthes, et l'enfant est quelquefois assoupi et oppressé pendant quelques heures ou même pendant un ou deux jours avant que les taches apparaissent, et parfois il est affecté de spasme. La fièvre et l'oppression sont quelquefois mitigées dès que les aphthes paraissent. L'éruption est assez abondante dans la bouche et peut devenir confluente, de sorte que toute la surface est recouverte d'une matière ressemblant à du lait caillé. L'estomac et les intestins sont très-dérangés, et l'enfant a des vomissements et de la diarrhée. Les fèces sont généralement vertes, exhalant une odeur aigre ; quelquefois elles sont âcres au point que l'anus est excorié. Les aphthes peuvent n'être pas seulement limités à la bouche, mais ils peuvent descendre le long de la trachée, causant

(1) M. Wood décrit une variété très-grave de cette maladie, affectant les parties extérieures de la génération. Elle est précédée de symptômes fébriles, mais bientôt la malade éprouve de la douleur en urinant, et on trouve les parties enflammées et d'une couleur noire. Quelques heures après, la vésication apparaît ; celle-ci se termine par l'ulcération, et la surface devient excessivement sensible. La fièvre augmente, et avec elle la faiblesse ; l'ulcération s'étend et devient profonde et d'un mauvais aspect, mais rarement il survient de la mortification. C'est une maladie mortelle, mais par l'emploi du quinquina, des cordiaux et des laxatifs, joints à des cataplasmes préparés avec l'eau de saturne, et ensuite à un pansement doux, plusieurs malades en sont revenues au bout peut-être de trois semaines. Un écoulement purulent par le vagin peut durer quelque temps et contribue à entretenir la faiblesse. *Med. chir. trans.*, vol. VII, p. 84. Une maladie semblable est décrite par le docteur Hall dans le *Journal d'Edimbourg* pour le mois d'octobre 1819. M. Cevoule prétend qu'elle est presque toujours la conséquence d'une ulcération solitaire à l'intérieur de la bouche ou des grandes lèvres, qu'elle n'est point précédée de fièvre, et que les symptômes généraux ne sont que purement symptômatiques.

(1) Le docteur Underwood prétend que la fièvre accompagne très-rarement les aphthes qui apparaissent comme maladie primitive. Les auteurs étrangers ont divisé cette forme de la maladie en quatre périodes : 1° celle qu'ils appellent l'incubation ou l'invasion des aphthes, qui est marquée par de la fièvre, de l'agitation, des maux de cœur, une chaleur brûlante à l'épigastre, la raucité, et par la chaleur et la sensibilité de la bouche ; 2° la pullulation ou l'éruption ; la membrane de la bouche devient rouge, les aphthes paraissent et s'étendent, accompagnés de toux, d'une déglutition difficile, de diarrhée, etc. ; 3° les symptômes augmentent ; 4° les aphthes se changent en croûte et se détachent par fragments. Ils nient que l'éruption soit toujours suivie d'une mitigation dans les symptômes généraux.

de la toux et une grande difficulté dans la respiration; mais, plus souvent, ils s'étendent dans l'œsophage jusqu'à l'estomac, qui devient très-sensible et douloureux au toucher, et l'enfant vomit promptement après avoir tété. La bouche est également sensible, de sorte que l'enfant suce avec douleur et avec difficulté, si les croûtes se durcissent et que la langue devienne raide. Après un court espace de temps les aphthes changent de couleur et commencent à tomber; mais ils peuvent se renouveler, et les symptômes du côté de l'abdomen peuvent augmenter, et l'enfant mourir d'épuisement. Il y a deux sources de danger dans les cas graves d'aphthes: la première vient du trouble du canal alimentaire, trouble qui accompagne toujours la maladie; et la seconde naît de l'état particulier de l'économie joint à la maladie locale, comme dans les ulcères malins du gosier, et dans une foule d'autres affections. Il convient donc, pour former notre jugement, de faire attention à la sensibilité de l'estomac et des intestins, et de remarquer les excrétions. Les vomissements répétés, ainsi que les selles liquides avec des tranchées et une sensibilité dans l'abdomen avec ou sans tumeur, sont de mauvais augure; l'assoupissement, l'oppression dans la respiration, les gémissements, les spasmes et une grande langueur avec un pouls fréquent sont aussi des symptômes dangereux. Quant à la maladie locale, on trouve que si les taches sont peu nombreuses et distinctes, si elles jaunissent, et si, dans trois ou quatre jours, elles se détachent laissant la partie au-dessous d'elles propre et humide, l'on peut s'attendre à ce que l'éruption ne sera pas renouvelée, ou si elle revient elle sera encore plus légère; mais si les aphthes deviennent bruns ou noirs (1), ce qui est rare, le pronostic n'est pas aussi bon, et il est mauvais en proportion de la rapidité avec laquelle ils changent de couleur. Plus les aphthes adhèrent de temps, plus ils sont sujets à devenir bruns, et le cas est plus fâcheux que lorsqu'une nouvelle éruption succède promptement à une autre. Si la seconde est moins nombreuse que la première, nous en tirons un bon augure, et réciproquement. Quand les aphthes se détachent, si les parties au-dessous sont excoriées et ont un mauvais aspect, nous nous attendons à ce qu'ils se renouvelleront. Si cependant, dans ce cas-là, l'éruption n'apparaît pas, et que l'oppression, la faiblesse et l'assoupissement continuent, le danger de la maladie est accru; et dans ces circonstances, on a observé que, si l'éruption reparaissait ensuite, l'enfant était soulagé. C'est aussi un mauvais signe lorsqu'une nouvelle éruption paraît avant que la première ne soit passée. Quand les aphthes se détachent la bouche devient très-sensible, au point que les boissons les plus douces causent quelquefois de la douleur. Parfois il survient une salivation, et l'intérieur de la joue saigne. Le docteur Armstrong remarque qu'il a vu la langue recouverte d'une croûte d'aphthes, et les joues et les gencives remplies de pustules rouges et de petites excroissances fongueuses.

Quant à la cause, on trouve que cette maladie est produite par un trouble de l'estomac et des intestins causé par une nourriture mauvaise, par l'exposition au froid, etc.; et quelquefois de légères éruptions proviennent de ce qu'on a donné des aliments trop chauds. La langue et la bouche ont une grande sympathie avec le canal alimentaire, dans toutes les périodes de la vie; mais, dans la première enfance, les changements qui sont produits dans la membrane qui tapisse la bouche, par le trouble des fonctions digestives, sont grands et rapides. Chaque fois que la nourriture est insuffisante ou mauvaise, ou bien que l'action de l'estomac est dérangée, il se produit des aphthes, surtout dans le premier mois; ensuite, du moins lorsque l'enfant est beaucoup plus âgé, la langue devient simplement chargée ou blanche lorsque la digestion est troublée. C'est avec l'estomac plutôt qu'avec les intestins, que la langue sympathise d'abord; mais les intestins sont aussi généralement affectés, soit parce que l'action morbide s'est propagée de l'estomac à ceux-ci, ou parce que les causes agissent directement sur les intestins aussi bien que sur l'estomac. De là les selles sont ordinairement mauvaises lorsque la bouche est aphtheuse, et de là un changement de nourriture, ou les médicaments qui stimulent et fortifient tout le canal alimentaire enlèvent l'affection de la bouche. Si l'enfant est élevé au biberon, ou si le lait est mauvais, un des premiers indices de la lésion,

(1) Quelquefois il survient une mortification, et l'on a vu même les os du palais être attaqués.

c'est l'apparition d'aphthes ou d'exsudations blanches sur la langue. Quelques constitutions atmosphériques particulières paraîtraient provoquer cette affection ou y prédisposer, car elle est plus fréquente dans les endroits humides, au printemps et en automne; et Van Swieten nous apprend qu'elle règne particulièrement en Hollande. Elle paraîtrait aussi être causée par la succion d'un mamelon excorié ; et, d'un autre côté, une bouche aphtheuse peut infecter la nourrice. Le docteur Moss a dit qu'un enfant sain qui tetterait immédiatement après un enfant infecté gagnerait la maladie, et je crois que cela arrive.

Dans le traitement des aphthes on néglige souvent la cause, et l'on compte trop sur des applications locales pour enlever la maladie. Le premier objet, cependant, c'est d'ôter la cause, qui réside le plus souvent dans l'estomac et dans les intestins. A ce dessein, il faut apporter une attention particulière aux *ingesta ;* car, un grand nombre de nourrices, au lieu d'élever l'enfant d'abord entièrement, ou presque entièrement au sein, lui donnent de la bouillie, et cela en trop grande quantitée, et souvent combiné avec un anodin pour tenir l'enfant tranquille. Des émétiques ont été fortement recommandés par Arneman et par d'autres auteurs, dans cette maladie. On peut employer un peu de vin d'ipécacuanha, qui est préférable à l'antimoine. On peut le donner dans les premiers temps de la maladie, si elle réclame des médecines actives, ou si elle ne cède pas à de doux laxatifs. Mais si l'on n'obtient pas promptement de soulagement il faudrait répéter la dose; et, en somme, je ne suis pas très-partisan de l'emploi des émétiques. De doux laxatifs conviennent extrêmement, tels que la manne ou un peu de magnésie, seule ou avec une petite proportion de rhubarbe et un aromatique. On peut donner aussi avec avantage de petites doses de calomel. Le remède que je recommande particulièrement, ce sont les laxatifs, tels que la rhubarbe, la magnésie, le calomel, administrés de manière à expulser toute matière offensive, et à provoquer l'action de tout le canal alimentaire. Ils doivent opérer doucement ; mais il faut peut-être les donner de nouveau pendant plusieurs jours. Des lavements émollients, préparés sans aucune substance stimulante, sont aussi utiles. On peut aussi injecter dans le rectum du lait ou du bouillon, pour soutenir les forces, lorsque l'enfant ne tette point ni ne prend aucune nourriture par la bouche. Si cependant l'enfant avait la diarrhée, il faudrait agir selon les règles que nous exposerons en parlant de cette affection.

On a toujours employé des topiques dans les cas légers ; la nourrice y a plus de confiance qu'en aucun autre médicament à l'intérieur. Le remède le plus commun c'est le borax sous la forme d'une solution saturée dans de l'eau, ou mêlé à du miel ou à un sirop ; ou bien on peut en mettre un peu en poudre dans la bouche, et il paraît produire un meilleur effet qu'on ne l'espérait d'après ses propriétés astringentes. Cependant on ne peut s'attendre à ce qu'il ôtera les aphthes, à moins quils ne soient sur le point de se détacher, et c'est alors qu'il faut l'employer pour prévenir un retour. Jusqu'à cette époque il faut employer de préférence un blanc d'œuf battu dans de l'eau froide. Van Swieten recommande le sirop de navets, les applications qui font passer les aphthes prématurément nuisant à la partie malade, et paraissant occasionner une reproduction de l'exsudation.

Dans la plus mauvaise espèce il faut donner de très-bonne heure un léger laxatif ou un doux émétique, si l'enfant est très-oppressé ; ensuite il faut tenir le cours du ventre régulier, et donner une médecine selon l'apparence des fèces et l'état de la sensibilité. Il faut avoir soin que l'enfant prenne de la nourriture, et s'il ne peut tèter on lui administrera deux fois par jour des lavements. Lorsque la faiblesse est considérable il faudra soutenir les forces par des cordiaux, tels que du vin blanc et du lait. La quinine a été préconisée deux fois par jour à la dose d'un demi-grain, lorsque la débilité est grande, et surtout lorsque la bouche a un aspect gangréneux ou une tendance à le devenir. Si les aliments ne peuvent être avalés ni gardés, on pourra les donner sous forme de lavement. On a proposé en lotion une faible solution de sulfate de zinc ou de l'eau acidulée avec l'acide muriatique, et elle peut être de quelque utilité, mais il ne convient pas de laver la bouche rudement avec un linge imbibé de cette lotion ou de toute autre. De petites doses de calomel avec des opiacés sont utiles.

SECTION XXVII. — *Des aphthes situés sur les amygdales.*

Des aphthes paraissent quelquefois sur les amygdales des enfants et des adultes, avec ou sans fièvre, et ils font craindre un mal de gorge pernicieux. Il n'y a cependant qu'une inflammation très-légère, et les parties ne sont nullement livides; la fièvre est très-modérée; les forces ne sont pas diminuées, et les aphthes ne s'étendent pas, mais ils brunissent, puis ils tombent. Cette affection cède à des gargarismes acides et à des laxatifs. Une autre espèce de mal de gorge s'accompagne des symptômes ordinaires de l'inflammation, avec une exsudation de mucosités jaunes collantes. Elle cède promptement au même traitement.

SECTION XXVIII. — *Stomatite maligne, aphtheuse ou putride, accompagnée souvent du croup.*

Une espèce d'aphthe maligne et très-contagieuse, constitue une des maladies les plus terribles auxquelles les enfants soient sujets. Elle forme ce que quelques auteurs ont appelé *stomatite putride*. Elle revêt des formes différentes, et c'est toujours une maladie insidieuse. Chez quelques enfants, elle commence par de la chaleur à la peau, une fièvre vive, et les joues, si elles ne sont pas rouges, ne sont pas du moins pâles. L'enfant se plaint un peu de la gorge, que l'on remarque être d'un rouge foncé, et des taches d'une exsudation lymphatique apparaissent sur les amygdales. En même temps on trouve un ou plusieurs ganglions, au-dessous ou derrière l'angle de la mâchoire, plus ou moins tuméfiés ou douloureux. La langue est recouverte d'un enduit brun ou jaunâtre. Les yeux sont ternes, quelquefois humides. Il y a peu d'appétit, peu de soif, et rarement un grand mal de tête. En somme, l'enfant souffre peu. Au bout de trois ou quatre jours, la fièvre s'abat, le pouls revient presque à sa fréquence normale, mais les autres symptômes augmentent. Le gosier prend une couleur plus sombre, et les eschares deviennent plus brunes, et quand quelque portion se détache, il s'écoule une petite quantité de sang. Les narines laissent écouler une matière ichoreuse, s'excorient ou saignent, ainsi que l'intérieur de la paupière et les yeux eux-mêmes. Les joues se tuméfient et deviennent luisantes, et la peau qui recouvre le nez se gonfle, puis rougit et enfin devient livide. Des fèces noires et gluantes sont expulsées, soit parce que du sang est avalé, on parce qu'il s'en écoule des intestins eux-mêmes. Il survient des vomissements bilieux et quelquefois fétides; des pétéchies apparaissent; le pouls, sans augmenter de fréquence, devient plus faible, et à la fin imperceptible; mais le malade conserve encore pendant quelques heures ses mouvements libres et sa connaissance parfaite.

Dans d'autres cas, l'enfant éprouve tout d'abord, et presque subitement, des maux de cœur, de l'agitation et des frissons. Son pouls est faible et fréquent, ses paupières lourdes et sa physionomie pâle. Il se plaint rarement de la gorge, mais si on l'examine, elle paraît d'une couleur rouge foncée, et l'on remarque sur les amygdales des exsudations cendrées. Même à cette époque, l'haleine est mauvaise. Bientôt la peau devient chaude, et peut-être, pendant quelque temps, les joues sont rouges, mais elles deviennent bientôt pâles et livides, et la chaleur n'est jamais brûlante. Le pouls est extrêmement fréquent et très-faible; la gorge est recouverte d'une escharc, et remplie d'une matière visqueuse. Il s'écoule des narines une matière âcre et ichoreuse; l'haleine devient plus fétide, la toux rauque et la respiration striduleuse, comme dans le croup (1). Peu d'enfants, s'il y en a, en réchappent, lorsqu'ils sont ainsi pris, car la maladie suit la même marche que le croup : il y a la même toux rauque, la même respiration sonore, les mêmes accès de suffocation. Les symptômes augmentent; les matières fécales sont noires et fétides, la respiration putride, les escharc s'étendent; le pouls devient tremblant, et l'enfant meurt souvent dans les quarante-huit, quelquefois dans les vingt-quatre heures. La mort cependant arrive aussi vite, plutôt à cause de l'intensité de l'affection du larynx, que par suite de l'action maligne du virus. Une variété de cette maladie paraît être décrite par le docteur Hamilton : le signe particulier de cette affection est une extrême lenteur dans la respiration. Je ne l'ai jamais ob-

(1) Le docteur Bretonneau l'a regardée comme identique avec le croup en la nommant d'iphthérite; mais le véritable croup commence dans le larynx et non dans les amygdales.

servée On a tenté différents remèdes : les émétiques, les purgatifs, l'application de sangsues à la gorge, dès les premiers moments de la maladie, les vésicatoires et le calomel, tous ces moyens ont échoué. Quelques-uns ont peut-être aggravé, aucun d'eux n'a calmé les symptômes, et les vésicatoires n'ont fait qu'ajouter une plaie douloureuse à une maladie mortelle. Je ne sache pas de méthode sur laquelle on puisse compter le moins du monde, après que les symptômes du croup ont apparu. Si ceux-ci ne sont pas encore établis, ou s'ils ne menacent beaucoup, le traitement que j'ai trouvé le plus utile, consiste à administrer de doux purgatifs, et à donner promptement le sulfate de quinine par la bouche, avec les aliments et les cordiaux que l'enfant pourra avaler ou garder, ou bien à donner le quinquina dans des lavements nutritifs; comme auxiliaires, on peut chercher à nettoyer la bouche et le gosier, en les lavant avec une solution étendue de chlorure de chaux. On renouvellera l'air, on changera le malade de linge, et on lui donnera des fruits mûrs. Dans quelques cas, on s'est bien trouvé de frotter toute la partie malade avec du nitrate d'argent, et ce moyen, autant que je puis me le rappeler, fut prescrit pour la première fois, il y a nombre d'années, par le docteur James Watson, de cette ville, moyen qui lui fut suggéré par le docteur Macarthur. Le docteur Bretonneau, ensuite, conseilla l'acide hydrochlorique, ou la poudre d'alun. Je dois dire cependant qu'on ne peut se fier beaucoup ni à l'une ni à l'autre de ces applications, et que la plupart des guérisons ont lieu plutôt parce que la maladie s'arrête dans sa marche au dedans de la glotte par quelque circonstance inconnue, que par le pouvoir de la médecine. Dans la variété décrite par le docteur Hamilton, il dit que le deutoacétate de plomb fut utile, à la dose d'un demi-grain, toutes les trois heures. Dans les cas désespérés, la trachéotomie procurerait-elle quelque avantage? Elle a été pratiquée avec succès dans ce pays, pour un cas apparemment de cette nature, et le docteur Bretonneau cite un exemple de succès. Mais je ne puis la conseiller, et j'y compte fort peu.

SECTION XXIX. — *Excoriation de la langue, des gencives et des lèvres.*

Vers l'époque de la dentition, la langue, les gencives et le dedans des lèvres sont quelquefois couverts d'excoriations superficielles. Elles sont rarement plus larges qu'un grain de coriandre; elles ont une forme irrégulière et sont recouvertes d'un mucus jaune ou brunâtre, adhérant si fort et étant si mince, qu'il paraît former la base de la plaie elle-même. Les excoriations sont douloureuses et accompagnées généralement de salivation. On les guérit en les touchant avec de l'alun calciné, ou en promenant légèrement un pinceau trempé dans une faible solution de nitrate d'argent. Le borax, ainsi que la teinture de myrrhe, paraissent aussi réussir, mais peut-être les excoriations guériraient-elles toujours si on les laissait marcher d'elles-mêmes.

SECTION XXX. — *De la syphilis.*

Les enfants peuvent être affectés de syphilis de différentes manières. Ils peuvent prendre la maladie dans l'utérus, à cause de l'infection d'un des deux parents. Ils peuvent en être infectés en passant à travers le vagin, lorsque la mère a des chancres, ou en tétant une femme qui a les seins ulcérés. De toutes ces manières, la première est la plus fréquente, et il est bon de remarquer que ce mode d'infection peut avoir lieu lorsqu'aucun des parents n'a pour le moment ni bubons ni chancres vénériens, et peut-être un grand nombre d'années après qu'ils ont été guéris en apparence. Je ne prétends pas faire ici l'histoire de la syphilis, je me contente de rapporter des faits bien établis.

Dans ces cas rares, il arrive souvent que la femme fait une fausse couche ou qu'elle a un accouchement prématuré sans aucune cause évidente, et lorsque ceci a lieu, on trouve chez l'enfant l'épiderme ridé et pelé, comme si la peau avait été macérée, et quelquefois on découvre des ulcérations plus profondes. La liqueur de l'amnios est trouble et fétide. Il ne faut pas cependant supposer que, dans tous les cas où l'on trouve ces signes, l'enfant soit infecté de la syphilis, car une cause quelconque qui occasionnerait la mort du fœtus bien avant son expulsion, produirait presque les mêmes symptômes. Le diagnostic doit dépendre beaucoup de la répétition d'un accouchement prématuré, des circonstances qui l'accompagnent, des rapports des parents, de l'apparence distincte d'ulcérations. Dans ces cas-là, les parents primitive-

ment infectés devront subir un traitement mercuriel, et si la mère a quelques symptômes suspects, il faudra administrer le mercure à tous les deux. Quelquefois la maladie paraît s'en aller d'elle-même sans qu'on emploie aucun remède, et les enfants qui naissent ensuite sont sains. Mais il arrive souvent que l'enfant, quoiqu'il ait pris la maladie dans l'utérus, et qu'il en soit probablement infecté comme d'une constitution particulière, naît vivant et ne présente aucune marque de la maladie sur la peau ni dans la bouche. Souvent, à la vérité, il vient au monde avant le temps, et peut-être a-t-il été précédé d'un ou de deux enfants morts. Il peut être sans tache et sain, et il continue de l'être pendant même un mois ou deux, mais le plus souvent il est faible et maigre. Quelquefois il a, à l'époque de la naissance, ou il acquiert bientôt après, une physionomie ridée, ayant l'apparence de la vieillesse en miniature, d'une manière si remarquable, que quiconque aurait vu un tel enfant ne pourrait oublier la physionomie du *petit vieillard*. Dans ce cas-là, l'enfant présente à peine des cheveux sur la tête, mais il peut avoir des poils assez longs sur le corps. Il crie d'une voix basse et murmurante, et paraît si faible qu'il ne peut téter pendant une minute à la fois. Mais que l'enfant soit en apparence gras ou maigre à l'époque de la naissance, il survient encore d'autres symptômes (1), et parmi ceux-ci, le plus fréquent et le premier, c'est l'inflammation des yeux, accompagnée de l'ulcération des cartilages tarses, et d'un écoulement purulent. Celui-ci paraît quelques jours après la naissance; l'œil, s'il est négligé, s'ulcère ensuite, et la cornée devient opaque. Des taches cuivrées, se terminant par ulcération, paraissent sur la surface cutanée, ou des pustules nombreuses, livides, plates et suppurantes, couvrent tout le corps, ou bien l'on voit un grand nombre de papules livides, dont le sommet se déprime ensuite, et qui se terminent par ulcération. Ces papules sont quelquefois accompagnées d'une éruption, sur le visage, de boutons pâles brillants, qui grossissent, deviennent rouges, et souvent se confondent ensemble. Les enfants ont quelquefois une éruption de plaques lépreuses ou écailleuses, que j'ai décrites, et qui ressemblent à la syphilis. Les taches syphilitiques sont d'une couleur plus sombre, et plus sujettes à se terminer par ulcération que par desquammation, ou que par la formation des croûtes, et elles disparaissent rarement sans l'emploi du mercure, ou si elles le font, elles ne tardent pas à reparaître, deviennent plus graves par leur durée, et se combinent ensuite avec d'autres symptômes de la maladie.

Les parties génitales (1) et l'anus s'ulcèrent, et quelquefois des excroissances naissent de ces parties. Des ulcères grisâtres, dont les bords sont recourbés et le centre pâle et comme lardacé, recouvrent l'intérieur de la bouche; et une ulcération en forme de chancres paraît sur les lèvres, surtout à leur commissure. Ces ulcères sont souvent entourés, jus-

(1) Mahon, d'après ses observations à l'hospice de Vaugirard, dit que les symptômes paraissent ainsi qu'il suit, les plus fréquents étant mis les premiers : ophthalmie, taches purulentes, ulcérations, tumeurs, chancres à la bouche, aphthes, pustules livides, ulcéreuses et croûteuses, chancres aux parties génitales et aux environs de l'anus, excroissances, chute des ongles des pieds et des mains.

(1) Les enfants peuvent avoir des ulcérations à l'anus, aux parties génitales et aux aines, succédant à l'intertrigo, par suite de malpropreté, sans qu'il y ait aucune affection vénérienne; mais l'absence des autres symptômes, particulièrement du mal de gorge ou des ulcères à la bouche, et l'amendement que procurent l'emploi des lotions et le soin de tenir les parties sèches et propres, mettront le praticien en état de former son diagnostic, et l'aspect des plaies l'aidera beaucoup. Cette excoriation des parties génitales, et même de légères excroissances, peuvent accompagner chez les enfants le psoriasis et les taches de lèpre déjà décrites; et dans ce cas-là, surtout si l'enfant appartient à une famille pauvre, la maladie est trop souvent marquée pour être la syphilis. Au reste, il n'y a peut-être aucun symptôme individuel qui puisse décidément caractériser la syphilis chez les enfants, et nous devons établir notre diagnostic d'après la combinaison des symptômes et souvent d'après les progrès de la maladie. On prescrit imprudemment un traitement mercuriel à un grand nombre d'enfants qui ne le réclament point; peut-être parce que le praticien est jaloux de déterminer la nature de la maladie dès le premier coup-d'œil.

qu'à une assez grande étendue, d'une peau blanche, comme si la partie eût été brûlée ou récemment frottée avec un caustique; et peut-être à cause de cette circonstance ils ont été appelés improprement des aphthes. Ils peuvent cependant se combiner avec des aphthes. Dans quelques cas, les taches blanches et grisâtres couvrent tout le palais et l'intérieur des joues, tandis que les gencives sont ulcérées ou même presque gangréneuses. L'ulcération des gencives a toujours un très-mauvais aspect. Les narines se bouchent et laissent écouler une matière purulente. Sur la figure et sur les mains on remarque des ulcères rebelles, les uns couverts de pus, les autres d'une croûte, tandis que la peau environnante est grisâtre. L'enfant a de bonne heure une voix rauque, et les ganglions du cou, ainsi que ceux qui sont au-dessous de la mâchoire, sont souvent tuméfiés. Les enfants comme les adultes ont, en général, la surface de la peau affectée, puis les amygdales et la bouche sont atteintes; mais quelquefois elles se prennent l'une après l'autre très-rapidement. Ces enfants vivent rarement assez pour que les os deviennent malades; ils courent toujours un grand danger, et ceux qui sont très-affectés n'en reviennent jamais. Mahon range à juste titre parmi les symptômes incurables le visage décrépit, la destruction du globe de l'œil, le chancre sur le milieu de la lèvre, s'étendant jusqu'au frein de la langue, et une ulcération étendue de la bouche. Il faut se rappeler que la syphilis peut non-seulement paraître avec ses caractères particuliers, mais aussi exister sous la forme de quelques-unes des éruptions communes aux enfants, telles que les croûtes de lait, la lèpre, le psoriasis, etc. On les reconnaît pour être vénériennes en ce qu'elles ont une couleur plus livide que d'ordinaire. Elles se terminent lentement par ulcération; et quand la croûte dont elles sont recouvertes se détache, on observe au-dessous un ulcère sale couleur de miel. Mais le meilleur signe, c'est qu'elles sont bientôt suivies des autres symptômes, tels que la raucité, l'ulcération de la bouche et du gosier, etc. Il faut établir notre jugement lentement et avec délibération. J'ai vu un enfant entièrement couvert d'un psoriasis, avoir des excoriations dans la bouche, une toux rauque, des pustules sur différentes parties du corps, et cependant, à cause de l'état sain des parents et de la nourrice, il était douteux que l'affection fût syphilitique; et dans un autre cas, qui ressemblait encore plus à la syphilis, elle n'existait pas, à moins que l'on ne suppose que la maladie avait sauté par dessus au moins une génération. J'admets cependant que la gonorrhée puisse produire ces symptômes au printemps. Des maladies contagieuses ne doivent pas toujours être regardées comme syphilitiques, comme l'on voit dans le *molluscum contagiosum;* l'*ecthyma cachecticum* est aussi pris quelquefois pour la syphilis. — Lorsqu'un enfant est infecté pendant la délivrance, la maladie paraît plus vite à la surface cutanée sous forme d'ulcères, et la série ordinaire des symptômes se montre ensuite. La bouche et les parties génitales sont bientôt affectées. La maladie paraît généralement dans l'espace d'une quinzaine après la délivrance, quelquefois dès le quatrième jour. — Si l'enfant reçoit l'infection de la nourrice, on découvre des ulcères sur les mamelons, et la maladie paraît à la bouche de l'enfant avant que la surface de la peau ne soit affectée.

On a proposé, pour guérir cette maladie, de donner du mercure à la nourrice seule; mais ce mode de traitement est maintenant abandonné, et l'on donne le mercure directement à l'enfant; il faut se rappeler que ce médicament produit des effets moins violents sur les intestins des enfants que sur ceux des adultes, et qu'il provoque à peine la salivation. Mais, si on le donne trop long-temps ou à trop haute dose, il peut faire périr l'enfant par l'irritation qu'il cause, ou il peut provoquer des convulsions. On emploie très-souvent le calomel et avec un grand succès à la dose d'un quart, d'un demi-grain trois fois par jour. D'autres auteurs conseillent les frictions, qui sont également utiles. On frictionne avec quinze grains d'onguent mercuriel les cuisses alternativement une fois tous les deux jours, jusqu'à ce qu'on remarque que la bouche devienne chaude; alors on les cesse ou on les continue, selon l'état de l'économie et selon l'effet qu'elles produisent sur la maladie. Il faut les employer jusqu'à ce que le mal soit enlevé. On a remarqué que des enfants qui paraissaient guéris lorsqu'ils tétaient encore, ont eu une rechute après avoir été sevrés. Si l'enfant a des tranchées, un doux purgatif, puis un opiacé procureront du soulagement; quelques praticiens ont employé l'onguent préparé avec de l'acide nitreux au lieu de mercure; mais

on ne peut compter sur ce médicament. Il est cependant utile comme auxiliaire lorsqu'on l'applique sur la partie malade de la surface. Il arrive souvent qu'après que toutes les apparences du vice syphilitique ont disparu, la maladie revient quelques semaines ou quelques mois après; il est donc nécessaire de continuer le médicament quelque temps après une guérison apparente. — Quelquefois, à la suite de l'emploi du mercure, il survient une éruption particulière appelée l'exéma mercuriel. Elle commence ordinairement aux extrémités inférieures et s'étend au corps : elle se compose de petites vésicules qui d'abord ressemblent à des papules ; on peut voir avec un microscope que chaque vésicule est entourée d'un cercle rouge; et si on les laisse se développer, elles acquièrent le volume de têtes d'épingles ; ensuite le liquide qu'elles renferment devient opaque. Elles s'accompagnent de chaleur, de prurit et d'une tuméfaction générale de la partie malade. Ensuite, si elles ne sont pas arrachées, les vésicules crèvent laissant écouler un liquide âcre et peu épais qui empèse le linge, et quelquefois excorie les parties voisines. Lorsque l'écoulement cesse, la peau prend une couleur pâle, puis brune, puis plus noire; elle se détache en petites parcelles; la peau au-dessous est d'un rouge brillant. Après cela, elle se détache en écailles et en squammes peut-être deux ou trois fois. La maladie cesse d'elle-même quelquefois dans les dix jours; souvent cependant elle se prolonge plus long-temps. Les parties qui sont les premières affectées guérissent les premières. On peut obtenir du soulagement en appliquant des lotions saturnines ou un onguent faible d'extrait de saturne.

SECTION XXXI. — *De l'induration de la peau.*

La maladie nommée induration de la peau ne fut distinctement décrite qu'en 1718, époque à laquelle il parut un cas de cette affection; elle peut être divisée en espèce aiguë et chronique, et celle-ci se montre principalement dans la pratique particulière. L'espèce aiguë apparaît généralement bientôt après la naissance et devient mortelle dans l'espace de quelques jours. La première description de cette maladie, qui fut bonne, fut donnée par le docteur Underwood et par M. Andry, telle qu'elle parut dans les hôpitaux de Londres et de Paris. A Londres, les enfants étaient atteints à toute période, mais on a observé que chaque fois que la maladie s'est montrée, plusieurs enfants en étaient atteints dans un court espace de temps, et surtout ceux qui se trouvaient être dans la dernière période d'une maladie abdominale dans laquelle les matières avaient eu la consistance de l'argile, et l'induration de la peau ne paraissait qu'en être la suite. La peau était d'un blanc jaunâtre comme de la cire, et elle était dure et résistante au toucher, mais sans œdème; elle adhérait tellement au tissu sous-jacent, qu'on ne pouvait ni la faire glisser, ni la pincer. On remarqua que cet état s'étendait sur tout le corps; mais la peau était particulièrement tendue à la face et aux extrémités L'enfant était toujours froid, ne pleurait pas, mais il faisait entendre des gémissements, et paraissait être constamment sur le point de mourir. Dans les hôpitaux français, la maladie différait en ce qu'elle était plus souvent accompagnée de spasmes ou de tétanos, et toujours d'un érysipèle, surtout vers le pubis, qui, quoiqu'il fût pourpre, était très-froid. Les parties érysipélateuses suppuraient rarement, mais quelquefois elles se mortifiaient. Les jambes étaient œdémateuses, et les enfants mouraient le troisième ou le quatrième jour, ou tout au plus le septième jour après la naissance. Cette maladie diffère donc principalement de celle qui fut observée dans ce pays-ci, en ce qu'elle se combinait d'érysipèle et de tétanos, ce qui n'est pas des symptômes essentiels; et peut-être l'érysipèle des enfants a-t-il été pris quelquefois pour la maladie appelée induration de la peau. — Dans la pratique particulière, la maladie revêt une forme plus chronique, quoique non moins dangereuse; les enfants affectés sont généralement délicats; et dans les cas que j'ai examinés, la peau n'était pas dès la naissance aussi souple qu'elle l'est généralement, étant plus rigide à la bouche, qui ne présentait pas une forme plus orbiculaire que de coutume. La peau par degrés devient serrée, dure, brillante, d'une couleur tendant vers le jaune. Dans quelques cas, toute la peau est ainsi affectée; dans d'autres, il n'y a que celle qui avoisine principalement les mâchoires, le cou et les articulations. La tête est souvent chauve et brillante, et les veines du crâne sont particulièrement grosses et distinctes. Dans quelques exemples, des portions de la peau sont rudes et légère-

ment lépreuses. L'appétit d'abord n'est pas beaucoup diminué, et les intestins sont quelquefois uniformément réguliers. Ensuite, l'enfant devient lourd et apathique; il gémit, et il succombe par degrés, ou bien il est emporté par des convulsions. La maladie dure pendant plusieurs semaines. Dans quelques cas, elle est moins intense, l'enfant paraît être bien portant, et l'épaississement et la rigidité de la peau sont limités aux articulations des extrémités (1), ou la maladie peut être confinée presque à une extrémité. J'ai rencontré cette forme circonscrite. Toute l'aine, la jambe et la cuisse étaient, par exemple, tuméfiées et pourpres, et les muscles étaient durs; le ventre aussi était décoloré, ou rouge et moiré comme si de nombreuses petites veines étaient disposées à sa surface, ou comme s'il y avait une espèce d'ecchymose, l'enfant étant, sous les autres rapports, assez bien portant. Dans ce cas-là, les bains chauds et les doux laxatifs ont réussi. On peut dire que ce n'est qu'une simple modification de l'érysipèle. La dissection quelquefois ne jette aucun jour sur cette maladie; on n'y trouve que l'absence d'huile dans le tissu cellulaire, avec une induration ou une infiltration d'un liquide albumineux peu épais coloré par de la bile. Au lieu de ce liquide, Palletta a trouvé quelquefois du sang liquide dans le tissu cellulaire et dans les muscles, donnant une couleur livide à la peau. Les veines, le long du cervelet, du pont de Varole et de la moelle allongée, étaient gorgées de sang; le tissu des poumons contenait du sang noir ou quelquefois de l'air. En général, toutes les veines étaient plus remplies que de coutume d'un sang noir. Le foie était souvent d'un rouge-brun de manière à paraître presque entièrement composé d'un sang noir, d'autres fois il était tuméfié, tendu et comme enflammé, et alors les intestins semblaient être intéressés (1). Camper prétend que l'on trouve toujours, ou du moins très-souvent, un petit tubercule dur dans la joue sous l'os malaire; mais ceci ne peut avoir aucun rapport avec la production de la maladie. Quelquefois plus d'un enfant dans la même famille ont été affectés, et, dans ce cas-là, ils étaient toujours du même sexe. On a employé divers remèdes, tels que le mercure, les laxatifs, les bains aromatiques et les frictions émollientes. Gardien conseille le vinaigre contenant en dissolution de la gomme ammoniaque que l'on verserait sur des briques chaudes, et dont la vapeur serait dirigée vers la partie indurée. Lorsqu'il y a stupeur ou appel du sang vers la tête ou les poumons, on a proposé d'appliquer sur la partie indurée des vésicatoires, à une certaine distance les uns des autres, dans l'intention de produire une contre-irritation. Palletta retira plus d'avantage de l'application de sangsues aux extrémités et de l'emploi du bain chaud. Un léger traitement au calomel a paru faire du bien lorsque l'affection était limitée aux extrémités. On peut essayer la décoction de salsepareille avec l'emploi fréquent du bain chaud, et la décoction du mézéréon, et une foule d'autres diaphorétiques. Dans le cas où il y a eu, dans la même famille, plus d'un enfant affecté de l'espèce chronique de la maladie, il peut être bon d'essayer sur les parents les effets du mercure et quelques autres médicaments.

(1) Les adultes sont quelquefois atteints de cette maladie. Un cas remarquable de ce genre est rapporté dans le quarante-huitième volume des *Phil. trans.* Le sujet était une petite fille âgée de dix-sept ans; elle éprouvait une tension et une dureté excessives de la peau par tout le corps, au point qu'elle pouvait à peine remuer. La surface cutanée était au toucher comme une peau sèche ou comme un morceau de bois, mais la malade éprouvait quelque sensation quand on enfonçait un clou ou une épingle. La peau était froide et sèche, le pouls profond et obscur, mais la digestion était bonne. La maladie commença au cou, puis la face et le front furent affectés, et à la fin l'enfant pouvait à peine ouvrir la bouche.

SECTION XXXII. — *De la petite vérole.*

La petite vérole commence par un accès fébrile qui paraît généralement dans le milieu du jour. Il est marqué par du frisson, de l'agitation, de la douleur dans le dos et dans les aines, de l'assoupissement, des vomissements, de la douleur dans la région de l'épigastre, augmentant à la pression, par des frissons et par du froid aux extrémités. A mesure que la fièvre fait des progrès le pouls devient plus fréquent, la peau plus chaude, la face animée, les yeux sensibles, et la soif considérable. L'enfant s'agite, grince des

(1) *Archives*, tom. v, p. 105.

dents, ou éprouve un ou plusieurs accès d'éclampsie, ou bien quelquefois il se plaint d'une forte crampe dans les jambes, ou il reste plongé dans une espèce d'état comateux. Vers le soir du troisième, ou dès le matin du quatrième jour, une éruption paraît à la face, puis sur le cou, de là elle s'étend sur tout le corps. Dans les cas bénins l'éruption est achevée vers le soir du quatrième jour, mais quelquefois ce n'est qu'après le cinquième jour ou même plus tard, si les pustules sont nombreuses; alors la fièvre est vers son déclin, ou disparaît entièrement. L'éruption se compose d'abord de petites pustules dures et rouges d'un aspect enflammé; au second jour le sommet est transparent, et l'on voit se former une très-petite vésicule. Sur la figure on trouve fréquemment des taches comme celles de la rougeole, qui contiennent un grand nombre de petites vésicules. Le lendemain, si l'éruption doit être forte, le nombre de pustules est considérablement accru, surtout à la face où on trouve souvent un plus grand nombre de plaques. Ces groupes, ainsi que les vésicules confluentes qui viennent ensuite, se voient rarement dans la petite vérole inoculée, ou dans la petite vérole naturelle lorsqu'elle est très-distincte. Ces plaques sont nombreuses en proportion de la tendance de la maladie vers la forme confluente. Les pustules sur le corps sont plus élevées et plus arrondies, quoique dans quelques places elles soient plus plates et plus étendues. La base est entourée d'un cercle enflammé, et ensuite, si l'éruption est abondante, cette inflammation s'étend d'une pustule à une autre, de sorte que toute la surface paraît rouge. L'enveloppe de la vésicule est à cette époque un peu opaque, mais le contenu est limpide comme de l'eau. Au quatrième jour, s'il y a quelques taches sur la figure, on les voit recouvertes de vésicules plates et confluentes. Sur le corps et au bras les vésicules sont plus grosses et plus arrondies que le jour précédent, la rougeur environnante est un peu plus pâle, la peau de la vésicule plus blanche et d'un aspect plus perlé, de sorte qu'au premier coup d'œil l'éruption paraît se composer d'élevures blanches. Les vésicules sont pleines et lisses. Au cinquième jour elles sont plus aplaties; au sixième jour la peau des vésicules sur le corps et aux extrémités est plus sèche, plus dure et le contenu encore limpide. Toutes celles qui sont sur le corps sont entières, mais vers le menton quelques-unes ont crevé, et des croûtes se sont formées. S'il y a eu des plaques sur la figure, elles sont maintenant recouvertes de vésicules plates. Au septième jour, les vésicules sur le corps et aux extrémités sont d'un blanc mat à la circonférence, mais plus brillantes, et comme du sucre candi au centre. Le contenu est un peu trouble, il se forme plus de croûtes sur la figure. Au huitième jour, le liquide dans les vésicules situées aux extrémités est blanchâtre. Au neuvième jour, les croûtes sur la face sont plus nombreuses et elles commencent à se former vers le pli du bras, etc. Les pustules vers les extrémités sont plus blanches et comme remplies par du pus, mais le liquide est peu épais et laiteux. La peau des vésicules est épaissie. Au dixième jour, les pustules et la face sont recouvertes de croûtes, et un grand nombre sont formées aux extrémités. Sur la poitrine les vésicules sont saillantes comme les deux tiers d'une sphère, mais elles sont comprimées, et aucune rougeur ne les entoure. Un grand nombre de vésicules sont vides et recouvertes par une peau mince et brune. Des croûtes sont formées par la peau qui se dessèche, durcit et brunit, ou se gangrène. Le liquide contenu est en partie absorbé, en partie écoulé par exsudation de manière à ajouter une croûte à la cicatrice de la vésicule.

Lorsque les croûtes se détachent vers le dix-septième jour, la base de la marque est généralement élevée au-dessus du reste de la peau, mais le centre est déprimé un peu au-dessous du bord. La couleur est légèrement rouge. Au vingtième jour les marques sur le corps et aux extrémités sont unies, plates, ou légèrement squammeuses, de sorte qu'elles ressemblent à des taches de lèpre. — La marche n'est pas toujours régulière; car, dans les cas très-légers, la suppuration n'est pas distincte et la croûte mince. La pustule se dessèche sans former beaucoup de pus, de sorte que ceux qui désirent inoculer la maladie peuvent à peine mouiller leur lancette. C'est une condition favorable; quelquefois la matière, quoique abondante, ne suinte pas de manière à former une croûte, et la vésicule reste entière pendant quelque temps, formant ce qu'on a appelé la variole siliqueuse. — Vers le septième ou le huitième jour de la maladie, lorsque les pustules sont nombreuses, la face se tuméfie, mais vers le dixième ou le onzième jour,

le gonflement s'affaisse, et ensuite les mains et les pieds se tuméfient. Il n'est pas rare de voir, vers le sixième ou le septième jour, un mal de gorge se déclarer avec éternuement et une raucité ou une toux légère. Dans les cas fâcheux, la sécrétion vers le gosier devient gluante et épaisse. — Quand les pustules sont nombreuses, on peut craindre le retour de la fièvre vers le onzième jour. C'est ce qu'on a appelé fièvre secondaire, mais dans les cas heureux elle est très-légère et ne dure pas long-temps.

Telle est l'histoire générale de la variole discrète. Mais la maladie peut se montrer sous une forme différente connue sous le nom de petite vérole confluente. Dans ce cas-là, la fièvre éruptive est plus forte, s'accompagne d'une douleur plus grande dans les aines et souvent de coma. Elle diffère aussi de la première, qui est de l'espèce inflammatoire, en ce qu'elle est d'un degré au-dessous, de sorte que quelquefois l'on remarque des pétéchies. L'éruption se montre plutôt généralement dans la matinée du troisième jour, et elle est quelquefois précédée d'une inflammation érythémateuse de la face ou du cou. L'éruption est abondante, et ressemble d'abord plutôt à la rougeole qu'à la variole, de sorte que quelques praticiens ont pris, à cette période, une maladie pour une autre. Les pustules qui ne sont pas aussi élevées que la variole discrète deviennent confluentes, surtout à la face; et quoiqu'elles ne soient confluentes qu'au visage, cependant celles qui apparaissent sur le corps ne sont pas d'une bonne espèce. Elles forment du pus plus tôt, ne conservent point la forme circulaire, et au lieu que les interstices de la peau où elles se groupent soient rouges, comme dans la petite vérole bénigne, ces espaces sont pâles et plissés : la confluence se remarque davantage à la face, qui paraît souvent comme recouverte d'une large vésicule. La matière que forment ces pustules n'est point épaisse ni jaune, comme du pus louable, mais elles sont d'un blanc brunâtre, ou d'une couleur noire. Les croûtes se forment généralement vers le onzième jour de la maladie, mais elles ne tombent pas de suite, et laissent des cicatrices profondes. La tuméfaction de la face est plus grande et plus permanente que dans l'espèce précédente, et la fièvre éruptive ne disparaît pas lorsque l'éruption est terminée. Elle diminue un peu jusqu'au sixième ou septième jour, alors elle augmente et souvent devient mortelle vers le onzième jour.

Le traitement de la variole discrète est différent de celui de la confluente. Pendant la fièvre éruptive le régime antiphlogistique doit être observé avec beaucoup de soin, la nourriture sera légère et médiocre, on tiendra la surface froide et propre, et le ventre libre. Les émétiques dès le début de la fièvre ont été utiles, mais il convient ordinairement de donner des laxatifs. Les attaques d'éclampsie seront combattues par les opiacés et par un air frais. Lorsque l'éruption paraîtra, il faudra continuer de tenir la surface froide et le ventre libre. Après l'apparition des pustules la fièvre se calme généralement, et alors, quoiqu'il faille éviter la chaleur, il ne faudra pas non plus avoir recours aussi souvent qu'auparavant aux purgatifs et à la méthode rafraîchissante. Mais si la fièvre durait encore, il faudrait aussi continuer le même traitement. La diète devra être maintenue, et on donnera une grande quantité de fruits mûrs. Si la fièvre secondaire survient, il faudra la combattre principalement par les laxatifs et l'air frais : ou bien, s'il y a de l'oppression à l'estomac, on pourra donner un léger émétique. — Dans l'espèce confluente, pendant la fièvre éruptive, on devra suivre avec soin la méthode anti-phlogistique ; et les cathartiques sont d'une grande utilité. Quand l'éruption paraîtra, il faudra continuer le régime rafraîchissant, et donner librement les acides végétaux et minéraux. La quinine convient aussi, pourvu qu'elle ne produise point de maux de cœur et de vomissements. Lorsque la fièvre est augmentée, et que la maladie est à son plus haut point, on a donné quelquefois des émétiques avec avantage. Mais en général ils ne sont pas nécessaires, et on retire plus d'avantage de l'emploi des laxatifs et des lavements. Les opiacés sont utiles pour calmer l'irritation, et l'on donnera, avec prudence, du vin et des aliments nourrissants pour soutenir les forces qui peuvent être épuisées complètement par la persistance de la fièvre et de l'irritation. Pour cette raison il faut aussi arrêter la diarrhée quand elle est fréquente et qu'elle augmente la faiblesse. On a conseillé des vésicatoires comme stimulants, mais ils ne sont utiles que lorsque l'inflammation est située profondément. Quelquefois le cerveau paraît être affecté, la tête est douloureuse, les yeux ne peuvent supporter la lumière, et

la malade a du délire. Dans ce cas-là on peut appliquer des sangsues aux tempes et placer un vésicatoire sur la tête. Lorsque les poumons sont intéressés, des vésicatoires sur les côtés ou sur la poitrine réussissent très-bien. Quand l'estomac est très-irritable, si les potions composées de sels et les opiacés ne procurent pas de soulagement, on appliquera au-dessus de l'estomac un petit vésicatoire. Si le gonflement de la face s'affaisse promptement, et s'il n'est pas suivi de la tuméfaction des pieds et des mains, on a appliqué pour le faire paraître des vésicatoires aux poignets, mais les sinapismes valent mieux, quoiqu'il ne soit pas prouvé que l'un ou l'autre soit utile. Quand la gorge est très-affectée et remplie d'une humeur visqueuse, les gargarismes sont utiles, et quelquefois un émétique très-doux procure du soulagement.

Si l'éruption s'arrête tout-à-coup, les cordiaux tendent à rappeler une inflammation salutaire; ou si elle disparaît entièrement, les bains tièdes, avec l'ammoniaque et d'autres stimulants pris à l'intérieur, seront convenables. Les furoncles et les pustules enflammées qui succèdent à la variole, sont très-douloureux, et quelquefois ils deviennent mortels. Si la suppuration est abondante, il faudra la favoriser par un cataplasme. Si elle est légère, on pourra appliquer l'onguent résineux, ou si les pustules sont indolentes, il sera bon de les frictionner doucement avec un liniment camphré et de les laver avec du laudanum. On soutiendra les forces, et le malade, sitôt qu'il le pourra, ira prendre les bains de mer. — La violence du virus variolique est généralement diminuée par l'inoculation (1), qui fut introduite pour la première fois dans ce pays en l'année 1721. L'opération en elle-même est fort simple; elle consiste seulement à dénuder la peau sur le bras ou sur la jambe avec une lancette, et à appliquer ensuite, sur la petite plaie, un peu de pus variolique, que l'on prendra de bonne heure, vu que si l'on attend que les pustules s'affaissent ou forment des croûtes, il produit quelquefois une fausse inflammation. Au troisième jour, l'on est sûr du succès, lorsqu'on remarque une légère rougeur sur le bras au point de l'incision. Au troisième ou quatrième jour la partie est dure au toucher: la rougeur augmente par degrés pendant les deux jours suivants, ensuite on peut apercevoir une petite vésicule. Au huitième, ou au dixième jour au plus, la pustule a pris entièrement le caractère variolique. Elle forme une élevure entourée d'une rougeur circonscrite, et la vésicule est un peu aplatie au sommet. L'économie à cette époque se trouble, et plus tôt la fièvre éruptive apparaît, plus en général la maladie est légère. On peut, dit-on, en examinant le bras, prévoir quel sera le caractère de la maladie qui doit venir, même avant que l'éruption ait lieu, ou soit achevée, mais ceci est douteux.

La sûreté de la pratique de l'inoculation est de beaucoup augmentée lorsque l'économie est exempte, autant que possible, de toute condition morbide; c'est pourquoi les enfants ne sont pas inoculés pendant la dentition, du moins s'ils font leurs dents avec quelque difficulté. Les enfants très-jeunes ne sont pas regardés comme étant dans une condition favorable, car le docteur Fordyce a observé que les deux tiers des enfants qui mouraient de l'inoculation de la petite vérole avaient moins de neuf mois. Si l'on a le choix, le meilleur âge est, dit-on, de deux à quatre ans. Mais il est dangereux d'attendre aussi long-temps, dans la crainte que l'enfant ne gagne la petite vérole; et le docteur Adams nous informe que sur trois mille enfants qui furent dans une année inoculés à l'hôpital, deux mille cinq cents avaient moins de deux ans, cependant deux seulement sur ce nombre périrent. Les enfants très-pléthoriques devront être purgés et mis à la diète avant l'opération. On a souvent employé quelques préparations particulières, telles que le calomel, ou l'antimoine, mais ces médicaments ont très-peu d'effet. On devra principalement faire attention à placer le corps dans un état de bonne santé s'il est préalablement délicat ou maladif. Et d'un autre côté, s'il est nécessaire, on diminuera la pléthore et la disposition à l'inflammation par des moyens convenables. Après l'inoculation, on devra tenir le ventre libre, et éviter tous les stimulants. Et quand la fièvre éruptive commencera, on devra suivre scrupuleusement la méthode anti-phlogistique, et souvent on en obtient un si bon résultat, que peu ou point de pustules ne sortent. Ou si elles paraissent, elles ne viennent pas à maturité et l'on n'a point de fièvre secondaire. En général le bras guérit

(1) L'inoculation, même après que la personne s'est exposée à la contagion, peut produire une maladie bénigne.

tout doucement ; et quand il se forme une plaie on devra l'exposer à l'air ou la saupoudrer avec de la chaux. Si la gangrène menace, il faudra laver la partie malade avec l'alcool camphré, ou la teinture de myrrhe.

SECTION XXII. — *Du vaccin.*

Comme préservatif de la petite vérole, l'inoculation du vaccin est maintenant universellement pratiquée. Elle produit en général une maladie très-légère et nullement dangereuse, consistant en une simple vésicule qui se forme sur la place où l'on a fait l'inoculation. Au troisième jour la piqûre est légèrement rouge, et si on la presse avec le doigt elle paraît dure. Le lendemain, le point rouge s'est un peu grossi, et il s'irradie en quelque sorte. Au cinquième jour il paraît une petite vésicule, mais on la voit plus facilement au sixième jour. Elle augmente sensiblement jusqu'à ce qu'elle acquière le volume de la moitié d'un pois. La couleur de la vésicule est d'un blanc mat, comme celle d'une perle ; sa forme est circulaire, ou légèrement ovalaire, lorsque l'inoculation a été pratiquée au moyen d'une piqûre allongée, et elle a vers le dixième jour un diamètre égal à environ le tiers ou le quart d'un pouce. Jusqu'à la fin du huitième jour la surface est rude, déprimée à son centre ; mais au neuvième jour elle s'aplatit, et quelquefois le milieu est plus élevé que les bords. Ceux-ci sont gonflés et arrondis, faisant saillie au-dessus de la base de la vésicule. La vésicule n'est pas unique, mais composée de cellules, et elle contient un liquide clair et limpide comme de l'eau très-pure. Au huitième ou au neuvième jour, la vésicule est entourée d'une aréole d'un rouge intense, dure et tuméfiée. Vers cette époque une efflorescence érythémateuse se remarque quelquefois près de l'aréole, et s'étend sensiblement sur une grande partie du corps. Elle consiste en des taches légèrement élevées, et s'accompagne de symptômes fébriles. Au onzième, ou au douzième jour, à mesure que l'aréole décroît, la surface de l'aréole brunit au centre, et elle n'est plus aussi claire sur ses bords. L'épiderme cède, et il se forme une croûte luisante, dure, d'un rouge brun, qui ne tombe en général que vers le vingtième jour. Quand elle se détache, l'on trouve une cicatrice d'environ un demi-pouce de diamètre avec autant de trous qu'il y a eu de cellules dans la vésicule. Pendant la marche de la vésicule, il survient souvent un trouble dans l'économie, et quelquefois une éruption papuleuse comme le strophulus paraît près la vésicule.

Comme les fausses vésicules du vaccin ne donnent aucune garantie contre la petite vérole, il devient nécessaire d'étudier avec soin les caractères de la véritable maladie que je viens de décrire brièvement. Une espèce très-fréquente de fausse vaccine consiste plutôt en une pustule qu'en une vésicule. Depuis le second jusqu'au cinquième ou au sixième jour, la pustule est élevée vers son centre, et repose sur une base dure et enflammée, entourée d'une rougeur diffuse. Elle renferme un liquide opaque, et se rompt ordinairement vers la fin du sixième jour, où il se forme une croûte irrégulière et d'un brun jaunâtre. Mais la vésicule est régulière dans sa marche, et elle a assez l'apparence générale d'une vésicule du vaccin. Mais si elle contient, le neuvième jour, ou auparavant, une matière trouble ou purulente, on ne peut s'y fier ; et la confiance sera encore moindre si la croûte est molle. Outre celle-ci, le docteur Willan a décrit trois vésicules fausses. D'abord, la vésicule solitaire et perlée, moins grosse que la naturelle ; le sommet est aplati, mais les bords ne sont pas arrondis ni saillants ; elle a une base dure et rouge, légèrement élevée, avec une aréole d'un rose foncé. La seconde est composée de cellules comme la vésicule naturelle, mais elle est un peu plus petite, et elle a un bord pointu et terminé par un angle ; l'aréole est quelquefois d'un rouge pâle, et très-étendu. Elle paraît le septième ou le huitième jour après l'inoculation, et continue plus ou moins vive pendant trois jours, pendant lesquels la croûte est complètement formée. Elle est moins régulière que la croûte naturelle et se détache plus tôt. La troisième est une vésicule sans aréole ; les formes de l'éruption ne donnent aucune sûreté contre la petite vérole ; et il paraîtrait qu'une vésicule qui est même d'abord régulière, ou dont le développement est partout régulier, peut ne pas protéger la constitution contre la petite vérole ; car il y a des cas bien authentiques où cette maladie a succédé à la vaccine. Les auteurs bien instruits sur cette matière ont énuméré trois causes de non-succès : 1° parce que le pus a été recueilli d'une vésicule fausse, ou d'une vésicule naturelle, mais trop tard. Le

meilleur moment pour recueillir le pus c'est vers le huitième jour; et après le douzième, lorsque la vésicule devient purulente, on ne peut y compter : ou bien le même effet sera produit par toutes les causes qui peuvent arrêter les progrès de la vésicule; 2° parce que le sujet est affecté, bientôt après la vaccine, de quelque fièvre contagieuse, telle que la rougeole, la scarlatine, l'influenza, ou le typhus; 3° parce qu'il est atteint, au moment de l'inoculation, de quelque maladie cutanée chronique, telle que la teigne, la lèpre, etc. Les circonstances précises dans lesquelles ces causes produisent leur effet, ou bien le degré qu'elles doivent avoir pour agir, n'ont pas encore été déterminés avec exactitude. On a aussi supposé que la ponction faite à la vésicule, pour en retirer la matière, pouvait, en troublant le travail, empêcher quelquefois son efficacité; même lorsque aucune de ces causes n'existe, et lorsque la vésicule parcourt toutes ses périodes avec exactitude, il arrive souvent que la constitution n'est pas à l'abri de l'action variolique. Il serait à désirer beaucoup que l'on pût découvrir quelque marque, à l'aide de laquelle on pût obtenir une certitude. La constitution est quelquefois évidemment troublée pendant quelque partie de la marche de la vaccine, et ces enfants-là ont le moins de chances à courir. Mais quelquefois le trouble est trop léger pour être aperçu, par conséquent on ne peut se reposer sur ce signe, et l'on est aussi assuré, lorsque même il ne survient aucun dérangement dans l'économie, que l'enfant est à l'abri de tout danger. On a eu donc recours à d'autres moyens pour connaître si l'économie était affectée au point que le changement opéré par l'inoculation fût aussi complet que possible. Ils sont au nombre de deux : 1° si l'on pratique une seconde inoculation au cinquième ou au sixième jour après la première, il paraîtra une vésicule comme de coutume, mais elle sera entourée d'une aréole qui se montrera presque aussitôt que la première; 2° si l'on pratique une seconde inoculation, passé le douzième jour après la première, il surviendra une légère inflammation; mais si l'économie a été affectée, il ne se produira aucune vésicule régulière. Mais la méthode la plus satisfaisante c'est d'inoculer avec la matière de la petite vérole qui produit une petite pustule qui n'est généralement suivie d'aucune affection constitutionnelle, mais quelquefois, quoique même la constitution ait été modifiée par l'inoculation du vaccin, une affection fébrile peut être provoquée sans pustules ou bien avec une efflorescence de la peau, ou avec une éruption de petites papules, ou avec de petites pustules qui disparaissent dans les trois jours. Il arrive malheureusement que les parents, en général, ne croient pas nécessaire d'adopter aucun de ces moyens; et les inoculateurs se fient peut-être trop à leurs moyens pour pouvoir déterminer jusqu'où une vésicule peut produire l'effet désiré. Une marque certaine est d'autant plus nécessaire que la vaccine est souvent pratiquée d'une manière insouciante par des gens qui ignorent le caractère de la maladie. On a dit que chez l'enfant qui est bien vacciné, s'il est atteint ensuite de la petite vérole, l'éruption était papuleuse ou tuberculeuse, et qu'elle ne suppurait pas, mais qu'elle se terminait par desquamation; j'ai cependant connu des cas très-évidents de petite vérole chez des enfans qui, quelques années auparavant, avaient été vaccinés de la manière la plus satisfaisante. Il y a, je pense, dans notre art conjectural, peu de faits qui soient mieux constatés que celui-là, savoir, que la petite vérole peut survenir après la vaccine, et je crois que le nombre en augmentera à mesure que nous nous éloignerons de l'époque de la vaccine, et que la violence de la contagion sera plus grande (1). Un grand nombre, il est vrai, de ceux qui se seront exposés en vivant avec des personnes atteintes de la petite vérole, en échapperont, et qui auraient eu la maladie s'ils avaient été inoculés avec le virus. Tout ce que je sais, du moins, c'est qu'une grande partie de ceux que j'ai inoculés ont eu une petite vérole bénigne. L'éruption a été plus papuleuse qu'elle n'aurait été si le vaccin ne l'avait pas précédée, et elle n'a donné que des vésicules, et elle s'est desséchée comme la varioloïde. Dans d'autres cas, la partie principale de l'é-

(1) J'ai vu produire une pustule variolique sur le bras par inoculation, bientôt après la vaccine, sans qu'il y eût aucun effet sur l'économie, ce qui indiquait qu'il n'y avait plus rien à craindre; et cependant, plusieurs années après, le même individu eut la petite vérole, ce qui prouve que le temps avait diminué l'efficacité du vaccin.

ruption a été efflorescente comme la rougeole. Mais tous les médecins qui ont observé autrefois la petite vérole, savent bien que les enfans inoculés et convenablement traités éprouvaient souvent à peine une éruption, et qu'elle ne se terminait point par suppuration. D'un autre côté, chez ceux qui ont de nouveau la petite vérole après s'être exposés à la contagion, la maladie sévit avec plus d'intensité; la fièvre peut être forte et accompagnée de délire, le corps complètement couvert de pustules qui parviennent à leur maturité, et qui laissent pendant quelque temps des marques distinctes. La maladie peut même devenir mortelle. La variole qui survient après la vaccine est contagieuse, et produit la même maladie chez ceux qui ne sont pas vaccinés, que la variole sans vaccin. Quelques auteurs paraissent croire qu'en changeant le nom ils peuvent aussi changer la maladie, et ont appelé cette maladie, non pas la variole, mais la varioloïde. Elle doit être la petite vérole ou quelque autre chose. Si ce n'est pas la variole, alors le virus de la petite vérole peut produire une nouvelle maladie. On nous dit qu'il en est ainsi, et depuis long-temps on a prétendu que la petite vérole volante n'était qu'une modification de la variole. La substitution du mot varioloïde est, à la vérité, un excellent moyen de se débarrasser de ce fait, savoir, que la petite vérole peut se montrer après la vaccine; mais ce n'est pas une nouvelle invention, car Falstaff trouva le même expédient pour le vol. — «Appelle-le une *soustraction*, Hall.» Je ne prétends pas par ces remarques déprécier la vaccine; c'est en précisant son efficacité que l'on peut en tirer tout le meilleur parti pour le genre humain, et quoique les plus chauds partisans de cette découverte admettent qu'elle ne réussit pas toujours, cependant, le nombre de non-succès est jusqu'à présent si petit, que l'on peut avec raison compter sur elle, et la préférer à l'inoculation de la variole. On a fait des expériences pour constater les effets de l'inoculation avec un mélange de matière variolique et de vacein, et on a eu pour résultat la production tantôt du vacein, tantôt de la petite vérole. Quand une personne est inoculée en même temps avec la matière variolique et le vacein, si les piqûres sont faites très-près l'une de l'autre, les vésicules, en s'élargissant, ne forment plus qu'une vésicule, et la matière prise d'un côté produira le vacein; de l'autre, la petite vérole. Quand on inocule une personne avec les deux espèces de matière en même temps, ou à une semaine l'une de l'autre, les deux maladies seront communiquées à la malade, que les piqûres soient voisines ou éloignées, et il se formera sur le corps des pustules de petite vérole; mais rarement elles parviennent à maturité, et la maladie est ordinairement légère. Quand, cependant, l'inoculation variolique est faite plus d'une semaine avant la vaccine, comme par exemple neuf jours avant, la pustule de la vaccine devient purulente, et quelquefois communique la petite vérole, même sous une forme très-mauvaise. Quand, d'un autre côté, la matière variolique est introduite neuf jours après le vacein, son action est entièrement arrêtée. D'après ces observations, on tire comme conclusion importante que lorsqu'un enfant a été exposé à la contagion de la petite vérole, la vaccine, quoiqu'elle ne puisse empêcher, affaiblira cependant la maladie consécutive.

SECTION XXXIV. — *De la varicelle.*

La varicelle est une maladie que l'on prend quelquefois pour la petite vérole; et dans un temps elle fut décrite par quelques auteurs en même temps qu'elle. Elle est précédée d'une fièvre éruptive qui dure pendant trois jours, elle est marquée par la langueur, la perte d'appétit, la soif, une langue chargée, la douleur dans la tête, le dos et les reins, quelquefois dans la région épigastrique, avec nausées et vomissements. Le pouls est fréquent, le teint parfois animé, et la toux et la raucité de la voix peuvent accompagner la maladie. Des convulsions se montrent aussi dans quelques cas pendant la fièvre, ou bien l'enfant a des tremblements lorsqu'il est éveillé, accompagnés de songes terribles, ou bien il a un léger délire. La fièvre éruptive ne disparaît pas toujours lorsque l'éruption se montre, mais elle peut durer jusque même au troisième jour de l'éruption. Cependant les symptômes sont en général fort doux, et quelquefois excessivement légers. L'éruption commence sur le dos ou sur la poitrine, et ensuite elle paraît sur la face et sur la tête; ce qui n'est pas l'ordre observé par l'éruption variolique. En dernier lieu, elle se montre aux extrémités. Les pustules ne tardent pas à contenir de la lymphe, et vers

le cinquième jour elles se couvrent de croûtes, ce qui arrive plus tôt que dans la variole. Elles tombent plus vite que dans la petite vérole, et très-rarement laissent une cicatrice. L'éruption s'accompagne d'une démangeaison très-considérable à la suite de laquelle les pustules sont bientôt rompues. Elles sont rarement, pour ne pas dire jamais, confluentes ; et le docteur Heberden n'en put compter jamais plus de douze sur la figure, mais quelquefois on en rencontre davantage.

Dans la varicelle, presque toutes les vésicules ont, dès le premier jour, un bord dur et enflammé. Dès le second ou le troisième, leur sommet est rempli de sérosité, et celles qui sont pleines d'une liqueur jaune ressemblent à des pustules de petite vérole du cinquième ou du sixième jour. Vers le troisième ou le quatrième jour, l'affaissement et les plis des vésicules qui restent entières leur donnent un aspect différent de celui de la variole, et au cinquième jour la présence des croûtes aide au diagnostic. Il convient cependant d'ajouter que dans quelques cas j'ai vu les pustules mettre plus de temps que de coutume à parcourir leur période, et la maladie ressembler tellement à la petite vérole, que j'aurais été embarrassé de déterminer quelle était la nature de l'affection, si tous les autres enfants de la famille n'eussent eu en même temps la varicelle avec la forme ordinaire.

Telle est la description générale de cette maladie; mais elle se compose de quelques variétés qui ont été très-bien décrites séparément par le docteur Willan, dont je conserverai les divisions. 1° La lenticulaire. L'éruption consiste dès le premier jour en petites protubérances rouges qui ne sont pas exactement circulaires, ayant une surface aplatie et brillante, au milieu de laquelle se forme bientôt une petite vésicule. Celles-ci, au second jour, ressemblent aux vésicules miliaires. Elles ont environ la dixième partie d'un pouce de diamètre, et elles sont remplies d'une lymphe blanche. Au troisième jour, elles ne sont pas plus grosses, mais le liquide est couleur paille. Le lendemain, un grand nombre de vésicules sont crevées, et celles qui ne le sont pas sont affaissées et plissées à leurs bords. Il y en a peu qui soient entières au cinquième jour. Vers le sixième, des écailles, petites, minces et brunes paraissent partout à la place des vésicules. Au septième et au huitième jour, elles deviennent jaunes et sèches de la circonférence au centre ; et au neuvième et au dixième jour, elles tombent en laissant des marques rouges sans aucun trou. 2° La varicelle conoïdale. Les vésicules s'élèvent tout-à-coup et ont un bord dur et enflammé. Dès le premier jour, elles sont acuminées, et elles renferment une lymphe brillante et transparente. Le lendemain, elles sont plus gonflées, la lymphe est d'une couleur paille, et elles sont entourées d'une inflammation plus étendue. Au troisième jour, les vésicules se plissent, elles conservent l'inflammation autour d'elles ; si elles sont entières, elles renferment une matière purulente ; si elles sont crevées, elles sont couvertes de croûtes légères comme de la gourme ; elles tombent dans les quatre ou cinq jours, et laissent souvent des cicatrices durables. Une nouvelle éruption de pustules sort au second ou troisième jour et suit la même marche que les premières, de sorte que la période d'éruption, dans cette espèce, est de six jours, et les croûtes qui se sont formées les dernières ne se détachent point avant le onzième ou le douzième jour. 3° La globuleuse. Les vésicules sont grosses et globuleuses, mais la base n'est pas exactement circulaire. Elles ne sont pas entourées d'un cercle inflammatoire, et elles contiennent une lymphe transparente qui, au second jour, ressemble à du petit-lait. Au troisième jour, elles s'affaissent et se plissent, et elles paraissent jaunâtres à cause du mélange d'un peu de pus avec le liquide. Avant la fin du quatrième jour, elles sont recouvertes d'écailles minces et noirâtres qui tombent au bout de quatre ou cinq jours.

La petite vérole volante est une maladie fort douce qui ne requiert aucun autre traitement que de tenir le ventre libre et la surface dans un état frais. On pourra éponger la peau avec de l'eau froide, ce qui diminuera la chaleur et le nombre des pustules, si on fait cette opération pendant la fièvre éruptive. Plus tard elle calme la démangeaison. J'ai observé, surtout chez les enfants scrofuleux, que si les parents ne prenaient pas garde à l'état des voies intestinales, si la nourriture était abondante et indigeste, les pustules s'enflammaient davantage, et se terminaient par des escharres qui laissaient des cicatrices larges et permanentes; et dans quelques cas,

des clous et des abcès ont été produits par la même cause.

SECTION XXXV. — *De l'urticaire.*

L'urticaire peut paraître sous la forme aiguë ou chronique (1). La première est la plus fréquente chez les enfants, elle est précédée par de la langueur, du mal de cœur et de la fièvre. Au troisième jour, mais quelquefois plus tôt, il survient une éruption prurigineuse, ayant tout-à-fait l'apparence de celle qui serait produite par la piqûre d'orties. Elle consiste en des plaques irrégulières légèrement élevées au-dessus de la surface cutanée; elles sont d'un blanc mat au centre, et rouges vers les bords qui sont quelquefois durs et bien dessinés. Le volume et la forme des plaques sont très-variés; généralement elles ont la grosseur d'une pièce d'un sou, mais quelquefois elles forment un chapelet assez long. Cette éruption est quelquefois accompagnée d'une légère turgescence de la peau, mais surtout de celle de la figure et des paupières. Ces plaques ne restent pas constamment les mêmes, mais elles disparaissent et reparaissent irrégulièrement pendant la maladie qui dure sept ou huit jours, y compris la période de la fièvre éruptive. Quand l'éruption est sur son déclin, la langueur, les symptômes du côté de l'estomac, et la fièvre disparaissent. La maladie se termine par une légère exfoliation de la peau. Dans l'enfance, elle dépend souvent de la dentition ou d'affections intestinales, et la démangeaison qui l'accompagne la rend insupportable. L'urticaire fébrile n'est pas contagieuse, mais dans certaines saisons elle est épidémique : et la même chose existe pour l'espèce chronique. Celle-ci est plus rare dans l'enfance, elle diffère de la première principalement en ce qu'elle manque de fièvre, et parce qu'elle tourmente par intervalles le malade pendant un long espace de temps, quelquefois même pendant des années. Les taches, du reste, durent rarement pendant quelques heures à la fois; comme dans la première espèce, elles sont aisément reproduites par l'exposition au froid, et elles démangent principalement quand on se déshabille pour aller au lit. Une éruption momentanée de cette espèce, sans aucune fièvre, apparaît souvent après avoir mangé des espèces particulières de poissons, ou des substances qui ne conviennent point à l'estomac. Une éruption un peu semblable à l'urticaire est décrite par le docteur Willan sous le nom de *roseola annulata.* Elle diffère, quant à la grosseur et à d'autres circonstances, tandis que pour le reste elle est conforme aux autres. Elle consiste en des plaques circulaires d'environ un demi pouce de diamètre, les bords sont rosés, tandis que le centre est de la couleur ordinaire de la peau. Mais j'ai vu des plaques d'une couleur pourpre et avec peu de blanc au centre. Elles recouvrent le corps, et causent, surtout la nuit, une sensation de chaleur et de démangeaison. Quand elle n'est pas accompagnée de fièvre, les vésicules s'affaissent le matin et deviennent rondes et élevées la nuit. Il convient d'employer les acides minéraux et les bains de mer.

Un doux émétique, suivi d'une ou de deux purgations, soulage dans l'urticaire aigu. L'enfant devra, s'il le peut, s'abstenir de se gratter au point de déchirer la peau; et on y parviendra si on le maintient dans une température uniforme; le bain tiède soulage quelquefois. L'espèce chronique est plus rebelle, et à cause de l'entamure de la peau lorsque le malade s'est gratté souvent, on l'a quelquefois traitée comme la gale, mais sans aucun avantage. On tiendra le ventre libre par de petites doses de calomel ou de rhubarbe et de magnésie, et on devra prescrire quelque médicament tonique; le bain tiède pris tous les jours sera aussi convenable, mais quelquefois les bains de mer pris pendant plusieurs mois réussissent mieux. On a essayé les mercuriaux, mais sans grand succès, à moins qu'ils n'agissent sur le tube intestinal. La soude est utile.

SECTION XXXVI. — *De la scarlatine.*

La scarlatine (1) peut paraître sous deux formes différentes; dans la première elle s'accompagne d'une fièvre inflammatoire, et elle est généralement bénigne; dans la seconde elle est liée à une fièvre

(1) Le docteur Willan décrit cinq espèces différentes de cette maladie; mais pour le but que je me propose, cette simple division suffit.

(1) Cette maladie, la roséole et la rougeole paraissent avoir été d'abord confondues l'une avec l'autre.

lente, et elle est très-maligne. La première espèce peut se subdiviser selon le degré de son intensité. Dans une variété, elle s'accompagne d'eschares ou d'ulcères au gosier; dans une autre, elle est encore plus bénigne, et la gorge est peu ou point affectée. Celle-ci a été nommée par quelques auteurs scarlatine simple pour la distinguer de la première ou de la scarlatine *anginosa*. — La scarlatine simple commence par un accès fébrile accompagné d'une faiblesse considérable, de frissons, de nausées et de douleurs au ventre, dans les aines et aux extrémités. Elle sévit généralement d'une manière très-brusque dans l'après-midi ou le soir, et le malade, une heure avant, était gai et paraissait bien portant. Le pouls est extrêmement rapide, ayant souvent cent quarante pulsations à la minute; le corps est brûlant et les pieds froids; la respiration est fréquente, irrégulière, et quelquefois bruyante; l'œil est morne, les paupières tuméfiées et rouges en dedans. Quelquefois il survient de bonne heure des convulsions que l'on doit regarder comme de mauvais augure. Le lendemain, sinon plus tôt, il paraît une éruption d'abord sur la figure et le cou, et bientôt après, toujours dans les vingt-quatre heures, elle s'étend sur tout le corps. Elle consiste en de nombreux petits points, tellement rapprochés les uns des autres, que toute la peau paraît rouge comme un homard, et elle est rude au toucher. Des plaques larges paraissent aussi sur les parties les plus exposées à la chaleur et à la pression; quelquefois des papules se mêlent à l'éruption ou même la précèdent. Le dedans des paupières, des narines, des joues et de la gorge est d'un rouge profond, et la langue a la même apparence; l'éruption est très-enflammée la nuit et surtout le soir du troisième ou du quatrième jour. Au cinquième jour, elle est sur son déclin, et elle disparaît entièrement vers le septième, et alors il s'établit une desquamation. Pendant la période d'éruption, le malade est ordinairement agité ou très-assoupi; souvent il a un léger délire, et pendant cette période et le temps que dure la desquamation, il se plaint beaucoup de démangeaison. Tant que dure la fièvre, la peau est brûlante. L'infection a lieu en général vers le troisième ou le quatrième jour, après que la personne s'est exposée à la contagion.—La scarlatine gutturale s'accompagne de symptômes plus graves; elle débute par les symptômes ordinaires de la fièvre, et, en général, lorsqu'ils apparaissent, ou même avant que la fièvre ne commence, si on examine la gorge, on la trouvera affectée; mais quelquefois l'angine ne survient que lorsque l'éruption est sortie, et elle paraît vers la même époque que dans l'espèce précédente. Le docteur Sim dit que les premiers signes de la maladie sont la pâleur, l'abattement, et qu'à cette époque on trouvera la gorge rouge. Je suis très-porté à adopter la même opinion. D'abord il y a un sentiment de rigidité dans les muscles de la mâchoire et du cou, et bientôt après, généralement au second jour, le malade éprouve comme une constriction dans le gosier, sa voix devient rauque, et quelquefois il survient une toux croupale. Dans ce cas-là, la respiration devient sonore, et même tellement obstruée, que l'enfant est suffoqué comme dans l'angine trachéale. Dans un très-grand nombre de cas, la déglutition s'opère avec difficulté, et quelquefois les boissons reviennent par le nez. En examinant la bouche, on trouve d'abord une couleur rouge à la langue et ses papilles évidemment allongées; dans le cours de la maladie elle est quelquefois fourrée. Les amygdales sont de bonne heure d'un rouge foncé, et bientôt on peut y découvrir des stries blanchâtres. L'ulcération superficielle se montre fréquemment au second et au troisième jour, et les parties se recouvrent d'une substance blanche ou cendrée, ou bien d'eschares, tandis que le reste des amygdales devient d'un rouge foncé. Ces eschares ne tombent pas quelquefois avant une ou plusieurs semaines, mais souvent elles se détachent au cinquième ou au sixième jour, lorsque l'éruption est sur son déclin. L'intérieur du nez est enflammé et quelquefois ulcéré, les lèvres aussi deviennent sensibles et prurigineuses, et comme l'enfant s'y gratte, elles peuvent se recouvrir aussi bien que les gencives de taches noires, produites par l'épanchement du sang. L'éruption, dans cette variété, est la même pour l'apparence et la durée que dans la première espèce. Lorsqu'elle est légère ou lorsqu'elle disparaît tout-à-coup, on a dit qu'il pouvait en résulter pour la suite des conséquences fâcheuses, mais il n'en est pas toujours ainsi. La fièvre s'accompagne souvent de beaucoup de nausées, de vomissements bilieux, d'agitation, de maux de tête et de délire; la chaleur est excessive, le pouls faible, et quelquefois tremblant, toujours

très-rapide. La langueur et l'anxiété sont grandes, surtout lorsqu'il se forme des eschares. Environ une semaine ou dix jours après que l'éruption est passée, il peut survenir un gonflement des jambes qui peut durer même pendant deux ou trois semaines; quelquefois d'autres parties du corps se tuméfient, ou le malade est atteint d'une ascite.

La scarlatine est quelquefois suivie d'une douleur d'oreille, accompagnée d'une surdité momentanée et d'un écoulement d'un liquide séreux et fétide. On la calme souvent en faisant pendant plusieurs jours des injections dans l'oreille avec une décoction de camomille; mais la maladie peut être plus rebelle et l'enfant demeurer toute sa vie sourd. Les amygdales quelquefois suppurent après que l'affection a diminué à l'extérieur; le gonflement de la glande parotide n'est pas rare, et différents auteurs prétendent, lorsqu'il tarde à paraître, qu'il prolonge ou qu'il renouvelle les symptômes et même l'éruption; mais je n'y crois pas. Quelquefois les ganglions du cou se gonflent et suppurent, ou bien les os du nez se carient à la suite d'une ulcération opiniâtre. J'ai vu quelques cas malheureux dans lesquels les lèvres étaient complètement détruites par la gangrène, et ces cas se sont terminés par la mort. Même après que le malade paraît entièrement rétabli de la scarlatine, il survient tout-à-coup et sans qu'on s'y attende de la langueur, de la faiblesse, de la douleur de ventre, de la fréquence dans le pouls, une perte d'appétit, et ces symptômes se terminent par une hydropisie; il peut aussi se produire une bronchite ou une pneumonie. Dans quelques cas, le patient devient languissant, sans fièvre ou sans hydropisie, mais généralement il n'y a pas de suite fâcheuse.

Dans la seconde espèce, ou dans la scarlatine maligne, le pouls est très-petit et faible, quelquefois insensible; la faiblesse est très-grande, le patient s'évanouit après le plus léger effort, et généralement il ne peut s'asseoir sur son lit. Dans la scarlatine bénigne, la langue est rouge, les yeux et les paupières rouges, et la peau comme un homard. Mais dans cette espèce, la langue est livide, sensible, et se recouvre bientôt en même temps que les dents et les lèvres d'un enduit brun ou noir; les yeux sont mornes, l'intérieur des paupières d'une couleur foncée; les joues sont livides, le gosier d'un rouge sombre, avec des taches brunes ou noirâtres. L'haleine est très-fétide, il s'écoule des narines une matière très-âcre; l'intérieur des grandes et petites lèvres chez les petites filles, et du prépuce chez les garçons, a dans la scarlatine la même couleur que le dedans des joues et des lèvres. Dans la scarlatine maligne, la vulve et les lèvres sont d'une couleur foncée, et quelquefois elles se mortifient; l'éruption est quelquefois pâle, dans d'autres cas elle est d'une couleur très-foncée et pourpre, et souvent elle paraît et disparaît d'une manière irrégulière. Dans le cours de cette maladie, il peut survenir du délire, une grande agitation ou un état comateux. La respiration est bruyante, le cou semble être gonflé, il a une couleur livide, et la tête est renversée en arrière. Cette maladie devient quelquefois mortelle en quelques heures. Elle ne l'est pas cependant toujours également, car il y a plusieurs degrés de malignité formant une gradation entre celle-ci et la scarlatine *anginosa*. — La première espèce, quand elle est convenablement traitée, n'est pas très-dangereuse, mais dans la dernière l'enfant court les plus grands risques. On établira le pronostic d'après les symptômes de la débilité, les progrès de l'affection gutturale, la tendance à l'inflammation de la trachée, et le caractère général de l'épidémie (1).

Les docteurs Withering, Adams et Willan croient que la scarlatine n'attaque pas la même personne deux fois, quoique la gorge puisse être jusqu'à un certain point plusieurs fois affectée. Je suis disposé à adopter la même opinion en règle générale. Les affections aphtheuses de la gorge et l'exsudation de lymphe provenant de l'inflammation, ont été souvent regardées comme appartenant à la scarlatine, quoique l'éruption manquât, mais la conclusion était fausse. Ceux qui ont eu la scarlatine peuvent avoir des eschares dans le gosier, accompagnées d'une

(1) M. Dance, dans un mémoire inséré dans les *Archives générales*, t. XXIII, observe que l'inflammation est la principale cause de la mort, et il insiste sur le traitement anti-phlogistique. Ce mémoire est précieux par les cas de dissections qui montrèrent une inflammation dans la membrane muqueuse de la trachée et du canal digestif, dans les membranes ou dans la substance du cerveau que l'on a trouvée sablée de points rouges, et la pie mère était d'un rouge garance uniforme.

grande faiblesse, mais il est certainement rare que la fièvre de la scarlatine se renouvelle régulièrement; quelquefois on a pris pour elle d'autres maladies éruptives, telles que la roséole des enfants. Les scarlatines simple et gutturale sont souvent des maladies si bénignes, qu'elles requièrent peu de médicaments; cependant, il est nécessaire d'y apporter une grande attention. On a dit que des émétiques donnés de bonne heure étaient suivis de bons résultats, et on a supposé qu'ils rendaient la maladie à venir plus douce; mais la vérité de cette assertion n'est point confirmée par l'expérience. Les laxatifs sont beaucoup plus utiles, et dans les cas légers ce sont les seuls médicaments qu'il faut employer. Dans quelques épidémies, les intestins sont mis en action avec plus de difficulté que dans d'autres, et dans ces cas-là le laxatif doit être plus énergique; même lorsqu'il y a tendance à la diarrhée, si les selles sont fétides et ont un aspect extraordinaire, les purgatifs sont également nécessaires, comme dans le cas opposé. La meilleure médecine que l'on doit donner d'abord, et plus tôt mieux vaudra, c'est le calomel, soit seul à une dose assez forte, ou combiné avec quelque autre laxatif pour favoriser son action. Celui-ci souvent, même dès le commencement de la maladie, expulse les matières fétides. Après l'action de la première dose de calomel, on tiendra les intestins libres ou même en quelque sorte relâchés en donnant tous les jours une infusion de sené avec un aromate. Celle-ci vaut mieux que de répéter le calomel à petites doses qui souvent affecte la bouche, mais si les selles sont très-fétides, le malade oppressé et le ventre ballonné, on pourra donner un purgatif énergique plusieurs fois pendant le cours de la maladie.

Un autre remède très-utile, c'est une affusion avec de l'eau froide; cependant, elle est contre-indiquée quand il existe quelque inflammation interne. Il est important de l'employer de bonne heure si on y a recours; et chaque fois que le patient se sent constamment brûlant, que le frisson est passé, et que la peau paraît chaude au toucher, il est temps de le mettre dans un baquet vide et de verser sur lui un large seau rempli d'eau froide. J'ai vu la maladie céder tout-à-coup à ce traitement, l'éruption ne devenir jamais très-vive, et les forces ainsi que l'appétit revenir dans l'espace de quelques heures; même lorsque la maladie n'est pas arrêtée, on est satisfait d'observer le changement qui est souvent produit. Le malade qui était assoupi, languissant et insoucieux, se réveille tout-à-coup et est disposé à parler ou à rire; la peau devient pendant quelque temps plus froide, et l'on procure souvent un sommeil rafraîchissant; le renouvellement de l'affusion devra dépendre du degré de la chaleur et de l'effet de la première opération. Si celle-ci n'a procuré aucun soulagement, il est inutile de l'essayer de nouveau. Une application suffit quelquefois, mais il peut être nécessaire d'y avoir recours le premier jour deux fois, et le lendemain une fois; elle est rarement nécessaire ensuite, car, quoique la maladie puisse persister, elle est légère, et les laxatifs achèvent la guérison. Si la fièvre n'est point forte, si la chaleur n'est ni brûlante ni intense, il ne faut pas recourir à l'affusion; on tiendra le malade fraîchement, on mouillera fréquemment la surface du corps avec une éponge imbibée d'eau froide, et à la vérité, cette méthode paraît aujourd'hui dans la plupart des cas avoir remplacé l'affusion. Ces deux remèdes, et surtout les purgatifs, non-seulement calment la maladie, mais ils diminuent aussi les chances d'un gonflement hydropique qui peut survenir; lorsqu'il y a une tendance marquée du sang vers quelqu'une des cavités, il est généralement prudent de faire une petite saignée, et l'affusion froide ne convient nullement. Lorsque chez les adultes ou chez les enfants il y a un mal de tête intense, ou un sentiment de pesanteur, accompagnés d'une forte fièvre, une saignée faite promptement a été toujours suivie d'un soulagement immédiat et durable, ou, à une période plus avancée, j'ai tiré un bon parti de l'application de sangsues. S'il y a du délire, précédé d'une forte douleur à l'oreille, on pourra appliquer dans la suite, avec de bons résultats, un vésicatoire à la tête; en négligeant ces moyens, en temps opportun, le malade peut être enlevé au milieu du délire ou d'un état comateux. Les gargarismes sont souvent utiles quand ils peuvent être employés. De l'eau acidulée assez fortement avec l'acide muriatique, ou mêlée avec du vinaigre de piment, forme un très-bon gargarisme. Les fruits acides conviennent aussi; les aliments devront être légers et nourrissants. Si la faiblesse est considérable, on pourra vers la fin de la maladie donner du vin à petites doses. Si l'anasarque sur-

vient, les laxatifs et les diurétiques, tels que la digitale, sont convenables, mais le simple gonflement de la face, ou d'une ou des deux extrémités, cède généralement à l'emploi à haute dose du bitartrate de potasse. Si l'urine est d'une couleur foncée, comme si elle contenait quelque matière colorante du sang, on a pensé que la nourriture végétale était plus saine que le régime animal. Lorsque les ganglions autour de la gorge et du cou se gonflent, la meilleure application, ce sont des linges imbibés d'eau froide, ou, si les ganglions sont douloureux et sensibles au toucher, on devra appliquer préalablement une ou plusieurs sangsues, selon l'âge et les autres circonstances, et cette pratique est souvent suivie d'un bienfait signalé, non-seulement en arrêtant l'inflammation du ganglion, mais en diminuant l'assoupissement et la stupeur qui accompagnent cet état. Si la suppuration s'établit, il faudra la favoriser par des cataplasmes chauds (1).

La scarlatine maligne est encore bien plus dangereuse, et réclame un traitement très-énergique. Il convient d'éponger de bonne heure avec de l'eau froide, pourvu que cette pratique soulage et qu'elle ne soit pas suivie de frisson, et souvent la maladie prend à l'avenir un tour favorable. Les laxatifs sont aussi nécessaires, et, bien loin d'affaiblir le malade, s'ils sont administrés avec prudence, ils paraissent augmenter ses forces. On devra donner du vin à des doses telles qu'il n'excite pas le malade, ni ne le rende plus brûlant. L'ammoniaque est quelquefois utile; on en dissoudra deux gros dans six onces d'eau, et on sucrera la solution. On pourra en donner aux enfants deux petites cuillerées, et à ceux qui sont plus âgés depuis une cuillerée à café jusqu'à une grande cuillerée toutes les deux heures, ou plus souvent si c'est possible. Une macération de piment dans du vinaigre est aussi employée avec avantage. On en versera dans une quantité donnée d'eau autant qu'il sera nécessaire pour la rendre piquante. On pourra donner cette mixture aux mêmes doses que la solution d'ammoniaque, et elle agit à la fois comme un stimulant général et comme application locale sur le gosier. Le quinquina a certainement dans beaucoup de cas été utile, mais en général les enfants ne le prennent pas à une dose telle qu'il puisse faire beaucoup de bien; ou bien ils en ont horreur, ou ils le rendent par les vomissements. Même, lorsqu'il peut être pris en grande quantité, ce n'est pas un médicament sur lequel on puisse compter dans l'angine maligne des enfants; mais pour le moment je ne connais rien de mieux à proposer. Lorsqu'on le prescrit, on peut l'associer à l'ammoniaque ou au piment; mais, en général, il vaut mieux le donner dans un lavement de bouillon de bœuf sans sel, ou employer le sulfate de quinine. On a aussi administré la myrrhe combinée avec du vinaigre; mais je ne puis parler de ses effets d'après mes propres observations. L'acide muriatique oxigéné, à la dose de douze gouttes pour les enfants, a été mis en usage; mais je doute qu'il produise de plus grands effets que l'eau acidulée avec l'acide sulfurique; à son défaut l'ammoniaque forme une boisson très-convenable. Si le patient, à une période avancée de la maladie, est agité, si la peau est sèche et rude, des ablutions avec de l'eau tiède seront utiles. Pour gargarismes, le vinaigre de piment avec de l'eau, ou l'acide muriatique ou nitreux avec du miel et de l'eau, peuvent être employés; mais comme les enfants ne peuvent pas souvent, ou ne veulent pas se gargariser, leurs avantages doivent être limités. On pourrait les porter sur les amygdales au moyen d'une seringue, mais on s'exposerait à ce que le liquide tombât dans la trachée s'il pénétrait jusque dans l'arrière-gorge. Il est bon aussi de toucher souvent les eschares et les amygdales avec un pinceau imbibé d'une solution de chlorure de chaux, ou bien on pourrait se servir d'une faible solution de ce médicament pour gargarisme. Des fumigations faites en versant de l'acide sulfurique sur une certaine quantité de nitre placé sur un vase dans la chambre ont produit quelquefois un bon effet sur le gosier. Quand les eschares sont larges, ou lorsque l'enfant respire avec difficulté, ou lorsqu'il a une toux croupale, on a proposé de doux émétiques. Sur ce sujet je renvoie à ce

(1) Le docteur Higglitz recommande dans la scarlatine d'abord un émétique préparé avec de l'ipécacuanha, et une quantité de sel d'Epsom suffisante pour procurer quatre selles. Dans les cas fâcheux, il donne tous les jours quatre grains de calomel ou il fait des frictions avec de l'onguent gris. Chaque fois que les glandes salivaires deviennent affectées, il prétend que la maladie prend un tour favorable. J'en doute fort.

Burns.

que j'ai déjà dit (Section 28) touchant la maladie laryngée qui survient dans une angine putride. On a aussi appliqué des vésicatoires au cou, mais ils ne font jamais de bien, et ils augmentent évidemment l'irritation de l'enfant. Dans les cas fâcheux il est très à craindre que leur application ne soit suivie de la mortification de la partie. Quelquefois, dans le cours de cette maladie, il survient une apoplexie suivie d'hémiplégie et d'une impossibilité d'articuler distinctement. On devra appliquer des vésicatoires sur la tête; et si le malade survit, les symptômes de paralysie disparaissent en quelques semaines.

Pendant la durée de la maladie on devra entretenir les forces par des aliments, ou, si l'enfant ne peut avaler, par des lavements nourrissants.

Quand une maladie de cette espèce paraît dans une famille, les enfants qui n'en sont pas atteints devront être séparés, si c'est possible, et ne devront revenir qu'au bout d'un mois. En même temps, on devra laver les vêtements du malade, aérer la chambre et pratiquer des fumigations avec un chlorure. On devra employer ces fumigations même pendant la maladie, pour enlever les miasmes ou les mauvaises odeurs de l'appartement.

SECTION XXXVII. — *De la rougeole.*

La rougeole (1) commence par une fièvre éruptive bien marquée ; un ou deux jours après le malade se plaint de frissons irréguliers alternant avec de la chaleur, une faiblesse générale, de la langueur, et la perte d'appétit. Il a la langue blanche, de la soif, de la douleur dans le dos, dans les reins, un léger mal de gorge, une voix rauque avec une toux sèche, des éternuments, de la pesanteur et de la douleur à travers le front, des étourdissements, de l'assoupissement, quelquefois des convulsions, un pouls fréquent et irrégulier, de la constipation et une urine très-colorée. Au troisième ou au quatrième jour, les symptômes deviennent plus intenses. Les yeux sont sensibles à la lumière et aqueux, et paraissent comme s'ils étaient enflammés ; les paupières sont souvent gonflées ; les narines laissent écouler une sérosité limpide, et le malade éternue plus souvent. Il y a alors une légère dispnée, et quelquefois de la douleur et un resserrement dans la poitrine. Ces symptômes fébriles surviennent ordinairement d'une manière bien marquée, douze ou quatorze jours après que l'individu a été exposé à la contagion. Mais j'ai connu des enfants (1) qui étaient affectés plus lentement, étant tourmentés par une toux pénible, et devenant plus irritables et plus impatients plusieurs jours avant que la fièvre éruptive ne commence. L'éruption paraît entre le troisième et le sixième jour de la fièvre, mais le plus souvent vers le quatrième, et elle dure pendant environ trois jours. Elle se montre d'abord sur le front, ensuite sur le cou, puis sur la face. Le lendemain elle est visible sur la poitrine, et, vers le soir, elle recouvre le tronc et les extrémités. L'éruption consiste d'abord en de petites taches rouges un peu soulevées en apparence comme des papules, mais sans vésicules à leur sommet. Ensuite les taches s'étendent assez loin pour former des figures ovalaires ou irrégulières, légèrement élevées au-dessus de la peau, mais aplaties et ressemblant à des piqûres de puce. Bientôt de larges plaques apparaissent entremêlées de points distincts; elles ont une forme irrégulière, cependant elles tendent à être semi-lunaires. Elles sont composées de groupes de points distincts. Dans quelques cas, l'éruption, quoique très-vive, n'est pas considérable, et, dans ce cas-là, elle se compose presque également de plaques et de taches circulaires et irrégulières, et la peau entre elles conserve son aspect ordinaire. Lorsque l'éruption est plus abondante les plaques sont très-nombreuses et très-étendues. Chez les enfants au-dessous d'un an, l'éruption n'est pas aussi rapprochée ni aussi confluente que chez les sujets plus âgés, et, dans une foule de cas, elle a une apparence papuleuse, spécialement sur la face et sur les mains. Dans quelques cas, l'éruption, quoique d'une forme ordinaire, est pâle

(1) On a nommé aussi la maladie *morbille*, parce qu'elle a été considérée comme une petite peste.

(1) Il paraîtrait que, pendant cette période, la constitution est exposée à d'autres maladies. Ainsi, j'ai vu un enfant être atteint de varicelle, et, avant que celle-ci eût disparu, la rougeole se montra, et immédiatement après survint le croup. J'ai vu aussi la scarlatine précéder la rougeole seulement de deux ou trois jours.

et peu distincte; mais, en général, qu'elle soit vive ou non, quand on passe le doigt sur la surface de la peau on la sent inégale à cause de l'élevure des points et des plaques. La couleur est plus rouge un jour après la sortie de l'éruption. Quelquefois l'éruption rentre tout-à-coup et prématurément, ou ne sort jamais toute entière. Ces deux cas sont malheureux; la fièvre est forte et l'oppression grande. Dans la marche régulière des choses, l'éruption sur la face diminue un peu dès le sixième jour, et le lendemain, celle qui s'est montrée sur le corps devient aussi plus pâle (1). A partir de ce jour jusqu'au neuvième, la maladie est sur son déclin, et l'ancienne place de l'éruption n'est marquée que par une légère décoloration de la peau. La chute de l'efflorescence s'accompagne de desquamation pendant laquelle le malade est beaucoup tourmenté de démangaisons. L'arrière-gorge, dans cette maladie, est, vers le quatrième jour, recouverte de petites taches rouges qui, le lendemain, présentent des stries. L'inflammation des yeux, l'éternument et la raucité diminuent généralement avec l'éruption, et vers la fin de la maladie, il survient quelquefois une épistaxis; la fièvre continue pendant l'éruption; mais le mal de cœur et les nausées se calment. Lorsque l'éruption sort, et vers le sixième jour, la chaleur et l'agitation disparaissent. Une diarrhée spontanée termine souvent la fièvre, et alors l'appétit revient assez vite. Quelquefois, surtout si la maladie a été grave, la rougeole est suivie, soit d'une éruption de pustules enflammées (2) par dessus tout le corps, qui peuvent s'ulcérer et devenir très-rebelles, mais qui, le plus souvent, s'affaissent, soit d'une éruption vésiculeuse vers la bouche, ressemblant à l'herpès, soit d'une affection gangréneuse des lèvres ou de la vulve (1), soit d'une hypertrophie des ganglions du cou, soit d'une hydropisie ou d'une toux ressemblant un peu au croup, ou bien d'une fièvre hectique qui dure pendant plusieurs semaines.

Quelquefois le mal de cœur et l'oppression sont considérables et permanents. L'enfant ne regarde jamais en haut; il respire difficilement et avec bruit, à cause de l'embarras des narines. Il tousse souvent, il a un pouls fréquent et la peau chaude, il peut à peine être soulevé, même pour boire. Cet état provient plutôt de l'affection du cerveau que de celle des poumons.

Dans la rougeole, les membranes sont très-exposées à être affectées. Généralement celles de la trachée, des bronches, de la gorge, des narines et des paupières, sont principalement atteintes; mais quelquefois, la membrane de l'estomac, ou des intestins, s'affecte principalement et cause des nausées, des vomissements ou de la diarrhée. D'autres fois celle du cerveau est affectée, et il en résulte du coma. — La rougeole, en général, n'est pas une maladie mortelle lorsqu'on évite les stimulants. Quand elle se termine par la mort, c'est, le plus souvent, à la suite d'une affection des poumons, quelquefois après un coma, ou après une fièvre et une oppression accompagnées de symptômes d'un épanchement dans le cerveau à la suite de la disparition ou d'un état imparfait de l'éruption. Le traitement est fort simple et peut être décrit en peu de mots. Pendant la fièvre d'éruption, de doux diaphorétiques et le bain tiède seront utiles. On devra tenir le ventre libre, mais il ne faudra pas purger beaucoup l'enfant après le premier jour. S'il y a une diarrhée considérable, produite par des causes étrangères, telle que la dentition, ou liée directement à la fièvre éruptive, on trouve souvent que l'éruption tarde à paraître; et une éruption tardive s'accompagne de quelques sym-

(1) Quelquefois, au lieu de devenir pâle, l'éruption prend une couleur très-foncée ou pourpre, avec augmentation dans la langueur et dans la fièvre. Les acides minéraux sont utiles dans cet état, et la plupart des enfants en reviennent. Le danger est plus grand lorsque les pétéchies paraissent au milieu des plaques, car c'est une marque de grande faiblesse.

(2) Quelquefois elles sont prises pour une espèce de petite vérole. Elles sont de temps en temps remplacées par une maladie squammeuse de la peau. La peau est enflammée et recouverte d'écailles rudes, vacillantes et jaunes.

(1) La rougeole, il y a environ trente-cinq ans, régna avec tant de violence, qu'aucun praticien ne se rappelait l'avoir jamais vue aussi intense; elle commença vers le milieu de l'hiver et dura pendant l'été et l'automne. J'eus occasion, pendant cette épidémie, de voir différents cas d'affection gangréneuse. Les enfants malades appartenaient tous à la classe pauvre et vivaient dans des maisons étroites.

ptômes fâcheux, vu qu'elle indique une tendance de l'affection vers quelque membrane interne. Un peu de rhubarbe donnée de bonne heure en modère souvent la violence. — Si l'éruption ne sort pas librement, ou si elle rentre prématurément, si l'enfant a mal au cœur, s'il est oppressé, s'il respire profondément, il faut, avant tout, diriger notre attention vers les intestins. S'il existe de la diarrhée, et si l'enfant n'est pas pléthorique, on devra donner un peu de rhubarbe, et ensuite l'esprit d'ammoniaque aromatisé associé à du laudanum, et l'on fera prendre à l'enfant un bain chaud contenant un peu de moutarde. Ensuite un sinapisme, suivi d'un emplâtre chaud, sera appliqué sur l'estomac, et l'on provoquera des sueurs en donnant un julep salin. Si, dans cet état, l'enfant est constipé, on devra donner un doux purgatif, car les intestins peuvent être ou trop paresseux ou trop irritables.

Je n'ai pas conseillé l'emploi hardi des purgatifs, quoique ceux-ci soient utiles dans la scarlatine, parce qu'on trouve souvent que la diarrhée entrave l'éruption ; mais, en général, il faut tenir le cours du ventre régulier ou même relâché. Et si les selles sont fétides, ou si elles ont une mauvaise couleur, alors, quand bien même la diarrhée existerait, il faudrait donner le calomel à petites doses, et ensuite, s'il est nécessaire, on modérera la diarrhée par des lavements anodins. Autant que je l'ai observé, la persistance de la diarrhée ne diminue pas dans ce cas-là les symptômes ; et, si l'enfant revient, c'est par l'emploi des purgatifs qui ont ramené les intestins à une meilleure condition, or c'est indépendamment de la simple évacuation produite par la diarrhée. — Si les symptômes de la pneumonie sont intenses, si elle est marquée par la toux, une respiration pénible, des joues colorées et par une douleur à la poitrine, que l'on peut découvrir chez les petits enfants, d'après les effets de la toux, et si elle est provoquée par le moindre mouvement, on devra appliquer un vésicatoire sur la poitrine, et si les symptômes sont urgents, on aura recours de bonne heure à la saignée, ou bien on appliquera des sangsues au sommet du sternum, selon l'âge et la constitution de l'enfant, et l'on donnera le calomel à petites doses pour tenir le ventre libre. Si la toux est fréquente, sans aucun symptôme inflammatoire, les opiacés procureront un grand soulagement. Si les symptômes de l'inflammation sont assez graves pour requérir la saignée ou pour rendre douteux l'emploi du laudanum, alors on pourra donner toutes les deux heures de petites doses d'une solution de tartre antimonié, de manière à ne causer ni maux de cœur ni vomissements. On ne devra arrêter la diarrhée que lorsqu'elle sera intense, ou qu'elle augmentera la faiblesse, ou qu'elle produira des effets fâcheux. Les lavements anodins sont alors les meilleurs remèdes. Le coma ou l'assoupissement accompagne très-souvent la rougeole, et l'enfant ne peut regarder en haut pendant plusieurs jours. Lorsque les narines sont remplies de mucosité, la respiration alors paraît stertoreuse. La plupart des enfants reviennent de cet état; mais comme quelques-uns meurent évidemment de cette cause, et comme l'on n'a pas les moyens de constater avec sûreté l'affection, je crois qu'il est avantageux d'employer les moyens convenables pour combattre le coma, particulièrement en donnant un purgatif si l'enfant n'a pas la diarrhée, en rasant la tête, et en y appliquant ensuite, soit un sinapisme, soit un vésicatoire. Quand l'enfant est pléthorique il peut être bon d'appliquer des sangsues sur le front.

La toux qui persiste après la rougeole est généralement soulagée par les opiacés. La fièvre hectique est souvent combattue en maintenant le ventre libre, en donnant un anodin au moment de se coucher, en envoyant l'enfant à la campagne et en prescrivant un régime léger. Les autres symptômes seront traités d'après les principes généraux. — Lorsque la rougeole est épidémique il n'est pas rare de voir les personnes qui ont eu autrefois la maladie, être affectées quelquefois de catarrhe (1) sans éruption ; quelquefois d'une éruption précédée ou non de peu de fièvre sans catarrhe. Ceci a été observé distinctement pendant toutes les saisons où la rougeole a régné. Il n'est pas aisé de déterminer si l'éruption est de la nature de la rougeole; mais certainement l'apparence extérieure est très-grande, tellement que cette éruption a été appelée rougeole sans catarrhe. Elle ne demande aucun traitement particulier,

(1) Pendant l'épidémie qui régna il y trente ans, l'ophthalmie était très-commune parmi les enfants et les personnes âgées.

et elle n'est remarquée que parce qu'elle est prise quelquefois pour la rougeole; mais elle ne met pas le malade à l'abri d'une seconde attaque.

SECTION XXXVIII. — *De la roséole.*

Quelquefois l'on prend pour la rougeole (1) une éruption appelée par le docteur Willan *roseola* (2). La première espèce, *roseola æstiva*, a une grande ressemblance avec la rougeole; elle est souvent précédée de frissons alternant avec des bouffées de chaleur, de langueur, de faiblesse, d'agitation, accompagnée de temps en temps de maux de tête, de délire ou de convulsions. A une période quelconque entre le troisième et le septième jour à partir du commencement de de ces symptômes, l'éruption paraît d'abord à la face et au cou, et ensuite, au bout de deux ou trois jours, par-dessus tout le corps. Les taches sont plus larges et plus irrégulières que celles de la rougeole (3), dans laquelle l'éruption consiste en de petits points rouges comme des morsûres de puce, et en plaques composées de ces points arrangés quelquefois sous la forme d'un croissant, d'une couleur rarement plus foncée, souvent beaucoup plus pâle que l'écarlate. Dans la roséole, cependant, l'éruption est d'abord rouge, mais, en général, elle prend bientôt une couleur d'un rose foncé, d'où lui vient le nom que lui donne le docteur Willan. L'arrière-gorge est teinte de la même couleur, et le malade sent une légère âpreté dans le gosier. L'éruption paraît d'abord la nuit, et elle continue d'être vive le lendemain, accompagnée d'une forte démangeaison. Au troisième ou au quatrième jour on observe seulement de légères taches d'un rouge foncé qui, le lendemain, disparaissent, et avec elles le trouble intérieur disparaît aussi. Dans quelques cas, la peau, sur plusieurs points, devient d'une couleur jaunâtre, avec l'apparence d'une légère vésication ou d'une desquamation. L'assoupissement, l'éternument, les yeux humides, l'écoulement muqueux du nez, si communs dans la rougeole, manquent dans la roséole; et il n'y a point d'affection du côté des poumons, tandis qu'en même temps les taches sont plus larges et parfois entremêlées sur le corps d'une espèce d'urticaire. Quelquefois l'éruption est partielle, paraissant en plaques légèrement élevées au-dessus de la surface, et la joue est teinte d'un rouge sombre. Cette forme dure environ une semaine. Parfois l'éruption paraît et disparaît, et ordinairement sa disparition s'accompagne de nausées, d'évanouissements, etc. Dans quelques cas on n'observe aucune fièvre, ou bien la marche et la durée de l'éruption sont plus irrégulières que celles que j'ai décrites; quelquefois, sur la poitrine ou sur le tronc, l'éruption a une ressemblance avec l'urticaire, tandis que sur les bras elle ressemble à la roséole. Cette maladie est décidément contagieuse; car, dans certaines saisons, je l'ai vue devenir extrêmement fréquente, et affecter tous les enfants, et un grand nombre d'adultes dans une famille. Dans ce cas-là, l'éruption durait de deux à quatre jours, mais elle s'accompagnait de peu de fièvre. Le seul traitement qui soit nécessaire consiste à donner de doux laxatifs, des acides et une nourriture légère. Si l'éruption rentre brusquement, le bain chaud convient alors. S'il y a une tendance bien marquée vers la tête, les purgatifs énergiques seront utiles.

Une autre espèce appelée *roseola autumnalis* affecte les enfants, généralement pendant le temps de la moisson; elle consiste en des taches distinctes d'une forme ovalaire ou circulaire, qui atteignent presque la largeur d'un franc. Elles ne sont pas élevées, mais elles sont d'une couleur foncée, paraissant de loin, comme si une merise ou une mûre avait été écrasée sur la peau, de manière à y laisser une impression. L'éruption ne s'accompagne pas de fièvre, elle est ordinairement répandue sur les bras, et elle

---

(1) On est exposé aussi à prendre d'abord le *lichen simplex* pour la rougeole. On l'a aussi confondu avec la gale, à cause de la démangeaison qu'il cause et des effets que l'on produit en se frottant ou en se grattant les extrémités.

(2) Il la définit comme une éruption d'une couleur rose, sans écailles ni papules, de forme diverse et nullement contagieuse. Ce nom a été appliqué par quelques auteurs anciens à une maladie ressemblant à l'urticaire (voyez Lory, 398). La forme de la roseola æstiva est parfaitement décrite par le docteur Willan dans la planche qu'il en a donnée.

(3) Quelquefois les jeunes enfants ont une éruption de nombreuses plaques agglomérées d'un rouge éclatant, d'une forme arrondie et du volume d'une pièce de dix sous. Elles se terminent par la desquammation en moins d'une semaine.

disparaît au bout d'une semaine. On pourra donner à l'intérieur des acides et de doux lavatifs.

La roséole *infantilis* paraît pendant la dentition, ou elle est produite par un mauvais état des intestins. Elle consiste en des points rouges, ordinairement très-rapprochés, de sorte que la surface est presque entièrement rouge, comme dans la scarlatine; mais les taches sont plus apparentes dans la roséole, et les autres symptômes manquent. L'éruption disparaît ordinairement en un jour, mais quelquefois elle paraît et disparaît pendant plusieurs jours, avec des symptômes d'une grande irritation. Aucun traitement particulier n'est nécessaire, excepté ce que peuvent exiger les circonstances concomitantes. L'éruption est quelquefois précédée ou accompagnée de vomissements ou de convulsions, avec une face pâle et de la langueur. Dans ces cas-là, un doux émétique, le bain chaud et des cordiaux sont convenables.

CHAPITRE V.

DE L'IRRITATION ET DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE ET SPINALE.

L'action du cerveau et de la moelle épinière peut être troublée de différentes manières. Certaines parties du système animal sympathisent l'une avec l'autre d'une manière que l'on ne peut toujours expliquer, d'après la communication des fibres nerveuses. Cette sympathie se manifeste diversement, mais trois des modes les plus importants sont d'abord, lorsqu'une partie s'associe pour l'action avec une autre, l'action de la première étant augmentée ou troublée par la dernière. Cette sympathie d'association peut exister entre des parties éloignées, qui viennent à agir de la même manière, mais pas toujours exactement dans le même degré ni dans la même proportion. Secondement, lorsque l'action s'étend sans interruption d'une partie à une partie voisine, ou peut-être très-loin, c'est ce que j'appellerai communication d'action, et elle peut être favorable ou contraire, selon les circonstances. Troisièmement, lorsque l'action d'une partie est diminuée à la suite de l'augmentation d'action dans une autre, et réciproquement, je l'ai appelée sympathie d'équilibre. Sous toutes ces formes, le cerveau et ses annexes peuvent être affectés. Mais ce ne sont pas là les seuls modes, et quelques autres semblent aussi favoriser les affections cérébrales; par exemple, le cerveau considéré comme le sensorium commun, ou comme l'origine du système nerveux, peut subir quelques changements qui lui soient particuliers. Sous ce point de vue, une diminution brusque dans sa puissance et dans son action, quelqu'en soit la cause, ou de quelque manière qu'elle se fasse, peut occasionner une faiblesse soudaine, ou même la mort. A un degré moindre, et lorsqu'elle s'opère graduellement, la secousse est moins forte, mais les effets ne sont pas toujours moins sérieux. A un degré semblable, mais produite brusquement, la diminution n'occasionne pas seulement une faiblesse instantanée, mais encore pour la suite des effets secondaires très-graves. Ceux-ci, qui ont été attribués à la réaction, comme on l'appelle, proviennent de la communication d'action déjà mentionnée, par laquelle la partie qui est affaiblie, non-seulement ne peut agir dans un degré proportionné à sa puissance, mais elle est encore provoquée à une action plus forte que celle qu'elle peut soutenir, et il en résulte la même conséquence, que si un stimulus réel et direct eût été appliqué sur elle. C'est ce que l'on voit dans les contusions, dans les effets du froid, dans lesquels on voit l'inflammation survenir dans les parties gelées, non-seulement à cause de l'application imprudente de la chaleur, mais aussi à cause de l'action communiquée par les parties voisines. De là notre but, dans ces cas-là, consiste à empêcher la communication d'action, en cherchant à modérer celle des parties voisines, ou même de l'économie elle-même, en évitant en même temps l'action du stimulus sur la partie malade. C'est ce que l'on remarque aussi dans la commotion du cerveau, par laquelle, dans la période de réaction comme on l'a appelée, on a recours à la saignée pour combattre le trouble qui est produit. On remarque un état semblable chez ceux qui, après avoir été long-temps exposés à la faim et au froid, sont soumis à l'application brusque de la chaleur, et auxquels on donne de suite une soupe chaude ou des cordiaux. Il se produit par là une excitation sur le cerveau telle, qu'elle réclame la saignée et de grands soins.

Un autre mode par lequel l'action du cerveau est affectée, c'est l'action directe

sur cet organe, d'une excitation produite tant par l'âme que par le corps, et dans ce dernier cas, il est semblable aux autres viscères. La chaleur du soleil, particulièrement si la personne se penche, un courant d'air froid dirigé sur la tête, etc., peuvent ainsi occasionner un trouble du cerveau. Des effets fâcheux peuvent être aussi produits en irritant les extrémités de nerfs importants; par là non-seulement les origines de ces nerfs sont affectées, mais aussi les parties qui avoisinent ces origines, et les nerfs qui en sortent sont irrités, ou tout l'encéphale peut être plus ou moins affecté, et à des degrés différents. Ceci est démontré par les effets que produit l'irritation des nerfs de la mâchoire dans la dentition, ou celle des intercostaux et du nerf vague dans les affections abdominales. Ces deux nerfs sont les plus importants de l'économie et ont un rapport intime, non-seulement avec la base du cerveau et de la moelle épinière, mais aussi l'un avec l'autre, anatomiquement et physiologiquement. La huitième paire, si importante pour l'estomac et les viscères thoraciques, naît de la base même du cerveau, principalement du sillon qui sépare le pédoncule du cervelet du corps olivaire; elle communique avec les nerfs intercostaux et cervicaux, et la branche récurrente, ainsi que le nerf laryngé qui en émanent plus haut, ont la plus grande influence sur le larynx. Près de son origine naissent aussi la cinquième, la sixième, la septième et la neuvième paire. Le nerf intercostal ne naît pas lui-même de quelque portion particulière du cerveau, quoiqu'il soit assez important pour être appelé le nerf grand sympathique. Comme on le considère comme un système ganglionnaire distinct, l'on dit qu'il commence dans le canal carotidien ou dans le sinus caverneux, par le ganglion caverneux, qui envoie des rameaux qui communiquent avec la cinquième et la sixième paire, ou quand ce ganglion manque, ces rameaux sont envoyés du ganglion cervical supérieur. Des filets sont aussi envoyés pour communiquer avec la huitième, la neuvième paire, et avec les nerfs spinaux; et les artères, dans le trajet du nerf, paraissent recevoir une enveloppe composée de ses fibres, de plus le grand sympathique est d'une haute importance pour les viscères thoraciques, et avec la huitième paire il fournit des branches à l'estomac, il en envoie aussi à tous les intestins et aux viscères abdominaux, de sorte qu'ils ne peuvent être affectés sans influencer ce nerf.

Les effets produits sur le cerveau ou sur ses annexes par ces causes peuvent être rapportés aux chefs suivants. 1° Un léger degré d'excitation ou d'irritation, causant soit un état fébrile avec ou sans affections spasmodiques, soit une douleur éloignée, soit des sensations pénibles; 2° une douleur rapportée à la tête, ou des spasmes ou de la douleur dans d'autres parties, sans fièvre, ou une sensibilité extrême de quelque organe des sens, avec une susceptibilité dans les émotions mentales; 3° un degré plus grand d'irritation, produisant de l'inflammation; 4° une diminution ou une perte dans la puissance et dans l'action d'une partie du cerveau ou de ses annexes, produisant une lésion correspondante dans les parties qui en dépendent, telles que la faiblesse, l'anasthésie, la paralysie, etc. Ces effets ont été trop souvent attribués à la compression; elle produit, il est vrai, cet état, mais il peut exister sans elle, comme on le voit, dans la simple commotion, ou dans quelques maladies qui seront bientôt décrites; 5° l'apoplexie; 6° comme conséquences secondaires de quelques-uns de ces états, il peut survenir une suppuration, un épanchement séreux, de la torpeur, ou une sensibilité extrême, un changement de structure, qui donne lieu à son tour à de nouveaux symptômes; 7° il est très-important de se rappeler que non-seulement une partie du cerveau peut éprouver une diminution d'action dans sa puissance et dans le mode de ses fonctions, quelqu'elles puissent être, tandis qu'une autre partie, dans un voisinage immédiat, peut se trouver dans un état d'excitation, mais encore que la même partie peut être plus faible dans sa puissance et dans sa capacité, et cependant être irritée et excitée dans son action, et ainsi l'on peut remarquer dans une partie éloignée, dont les nerfs dépendent de cette portion du cerveau, des effets très-complexes.

Les conséquences visibles de l'irritation cérébrale ou spinale sont tellement variées, qu'il est non-seulement impossible de les classer, mais aussi difficile de croire qu'elles naissent de la même source. Elles varient non-seulement pour la forme, mais encore pour l'intensité et pour le danger. Tout ce que je puis me proposer ici, c'est d'exposer brièvement quelques-uns des effets qui sont produits, sans chercher à former une classification

méthodique. Il règne une grande obscurité sur les effets de l'action et de l'irritation intestinales. Quelques malades ne souffrent point, d'autres souffrent presque continuellement de cette cause. Il paraît qu'il y a une espèce de sympathie d'équilibre entre l'estomac et les intestins, et que l'action descend le long des différentes portions, de sorte que, lorsque le duodénum est actif, l'estomac l'est moins. Peu de personnes, par conséquent, ne peuvent manger constamment, à moins que leurs nerfs ne soient dans un état particulier, comme l'on voit chez quelques malades, qui ont certaines variétés de folie, et ceux-ci digèrent rarement la nourriture. Dans quelques cas, les différentes portions du tube intestinal agissent irrégulièrement, ou sans ordre, ou bien elles deviennent paresseuses. Il en résulte que les fonctions de l'estomac et du foie sont troublées, et j'ai déjà dit que dans une foule d'exemples, où l'on croyait l'estomac affecté primitivement, il ne l'était que secondairement. Une action désordonnée de l'estomac ou des intestins peut non-seulement agir sur les extrémités des nerfs de la portion malade, mais aussi par sympathie, sur d'autres parties du canal alimentaire et sur leurs nerfs. Un effet très-fréquent, quoique rarement dangereux, de cette sympathie, c'est le mal de tête, qui varie pour le siège, la sensation et l'intensité, selon la partie des intestins qui est affectée. Une forte application d'esprit, l'anxiété, ou une lecture long-temps prolongée, donnent le mal de tête, et dans ce cas-là l'estomac est affecté, la nourriture, si elle vient d'être prise, devient acide. L'abstinence prolongée plus long-temps que de coutume cause aussi le mal de tête; les acides dans l'estomac ne l'occasionnent pas uniformément, mais ils l'aggravent toujours. La bile agit de même. La cause la plus fréquente du mal de tête, accompagné d'anorexie ou de maux de cœur, c'est l'irritation des intestins, causée par les acides, des aliments indigestes, des doses trop faibles de laxatifs, ou par tout ce qui peut produire une irritation partielle ou lente, ou bien une irritation des intestins; un état opposé ou un état de torpeur du canal alimentaire peuvent produire le même effet. Les portions supérieures des petits intestins, mais surtout le duodénum, sont les plus importantes sous ce point de vue; elles ont à remplir une plus grande action que les portions inférieures, et le duodénum en particulier doit être considéré comme un second estomac, et non-seulement intimement lié avec celui-ci par ses fonctions, mais encore par les nerfs qui communiquent directement avec le cerveau, aussi bien que par ceux qui naissent des ganglions. Que les affections des portions inférieures causent un mal de tête, je crois que c'est par une action sympathique exercée sur le duodénum et sur l'estomac. Si le colon est fortement excité par des lavements ou par des médecines, il arrive souvent que par sympathie l'estomac ou le duodénum, dans son voisinage, est affecté, et que le malade a mal au cœur, ou vomit lorsqu'il va à la garde-robe; ou bien chez les enfants il survient souvent à ce moment, des accès de convulsions. Des coliques intenses dans la partie inférieure de l'iléum produisent les mêmes effets sympathiques et en même temps des évanouissements. De légères coliques soulagent généralement le mal de tête et de cœur. Les laxatifs augmentent le mal, jusqu'à ce qu'ils soient descendus très-bas dans les intestins, et qu'ils aient produit cet effet; alors on obtient du soulagement, si l'irritation n'a pas été trop grande. Les coliques sont aussi salutaires, lorsqu'elles sont modérées et qu'elles affectent le colon, principalement à sa courbure sigmoïde.

Cependant lorsque du soulagement (1) est procuré par la sortie de gaz, il n'a pas toujours lieu dans le colon, car il peut se produire alors un effet sympathique sur l'iléum, qui soulage le malade. Les tranchées sont bien différentes de la douleur spasmodique, qui chez les enfants produit souvent l'éclampsie, probablement par l'intermédiaire de l'estomac ou du duodénum. Chez les femmes, le spasme du duodénum affecte souvent le cerveau, qui à son tour peut renouveler

(1) Les coliques sont suivies d'un soulagement qui provient, non pas de l'excitation des intestins, mais de la simple sensation de la douleur. Un grand nombre de malades sont délivrés pour un moment à la fois du mal de tête et du mal de cœur par une douleur passagère et mobile dans le côté, dans les intestins, dans les bras, etc. Lorsque les affections de l'estomac ou du duodénum produisent un sentiment de resserrement ou de douleur à travers la poitrine, il peut y avoir des flatuosités, mais rarement du mal de tête ou des maux de cœur.

une affection pareille. Une douleur violente rapportée à l'estomac alterne souvent avec une insensibilité, un grand mal de tête, une affection spasmodique du gosier, ou une éclampsie. C'est ce qui arrive surtout vers l'époque menstruelle ou immédiatement après. On la soulage par la saignée, les lavements, et les laxatifs suivis d'un opiacé combiné avec l'assa-fœtida. S'il survient du coma, on appliquera de plus un vésicatoire à la nuque et des sangsues aux tempes (1). L'éclampsie des enfants pourrait trouver ici convenablement sa place, mais j'en renverrai le description à un chapitre séparé. Il en sera de même pour le croup spasmodique (2) et la chorée.

La toux est une autre affection de nature spasmodique que je ne ferai que noter ici. Dans quelques cas, chez les jeunes filles, j'ai vu une toux presque continuelle, durer des semaines pendant le jour, et résister à la fois aux laxatifs, aux antispasmodiques et aux opiacés. Quelquefois, il n'y a pas seulement pendant le jour des paroxysmes continuels de toux, après lesquels la malade se renverse épuisée, mais ils reviennent encore pendant la nuit. Quelquefois ils paraissent succéder à un croup irrégulier. Quand il n'y a pas d'autre cause visible, on peut soupçonner qu'elle provient de quelque affection de la portion cervicale de la moelle épinière. Si l'on presse sur les différentes vertèbres, on produit de la toux, ou même en exerçant de la pression sur une d'elles. Dans ce cas-là, des sangsues, puis un vésicatoire, appliqués sur la partie, que l'on fera suppurer, guérissent la maladie. En même temps, on devra ouvrir les voies intestinales, quand bien même la pression des vertèbres cervicales ne produirait aucun effet. S'il y a des étourdissements, des maux de tête, un teint animé, on trouvera que des sangsues appliquées au cou ou à la tête, procureront un soulagement immédiat. La quinine, l'opium, la ciguë, le mercure, etc., n'ont fait aucun bien, après que la maladie a été établie, et ceux qui ont guéri semblent l'avoir été plutôt par le temps que par les médicaments. Le changement d'air a souvent, du moins pendant un court espace de temps, produit un bon effet. Si l'on néglige cette maladie, surtout à l'époque de la puberté ou après, la trachée et les poumons deviennent affectés, et la phthisie se déclare, terminaison que je désire que l'on ne perde point de vue.

Les palpitations, la fréquence continuelle du pouls et la faiblesse bien marquée des extrémités inférieures, avec ou sans douleur dans les muscles intercostaux ou abdominaux, peuvent naître aussi d'une affection de la moelle épinière, et être guéris par des vésicatoires que l'on fera suppurer, ou par des cautères. Une constipation opiniâtre d'un côté, et une diarrhée de l'autre, peuvent reconnaître la même cause, et alterner avec la toux et les autres symptômes pulmonaires, ou avec une dysurie, tandis que l'urine est généralement pâle ou couleur de paille, ou bien il peut y avoir quelque douleur dans le rectum, avec ou sans ténesme. Je désire établir explicitement l'opinion que j'ai, qu'un grand nombre de maladies que l'on suppose naître de causes locales agissant directement sur les organes malades, procèdent souvent d'un trouble ou d'une excitation surnaturelle de quelque portion de la moelle épinière. L'inflammation même de ces organes peut être due à cette cause.

Les remarques que j'ai faites sur l'excitation du cerveau sont applicables à celles de la moelle épinière, et la toux est un exemple des effets que l'on remarquera dans une maladie opiniâtre qui sera décrite. Des suites plus irréparables ou même mortelles peuvent résulter de

---

(1) L'effet de l'inflammation des extrémités des nerfs qui cause, non-seulement une douleur locale, mais un mouvement convulsif des maux de tête et du délire, a été remarqué par Lobstein, p. 147, dans un cas d'inflammation du ganglion semilunaire. L'irritation ou le spasme peut aussi produire un effet semblable. Un enfant, par exemple, éprouvait une légère douleur dans les intestins, toujours après avoir mangé, qui passait souvent à la tête, surtout aux tempes. Cette douleur était aussi causée par la lecture et la musique. On le guérit en lui donnant des aliments nourrissants et en appliquant des vésicatoires sur la région épigastrique.

(2) La maladie appelée asthme spasmodique est de cette nature; l'accumulation de la pituite, les flatuosités, la fréquence du pouls et la difficulté de respirer, lorsque tous ces symptômes paraissent et disparaissent promptement, tandis que la respiration n'est nullement affectée dans les intervalles, proviennent principalement d'une affection de la huitième paire; et on est sûr que tout ce qui irrite ou trouble l'estomac produira une récidive.

l'inflammation d'une partie de la moelle épinière, ou bien de l'épanchement sanguin ou séreux. Une douleur locale avec paralysie, ou bien une affection spasmodique, ou une douleur dans les organes placés plus bas, en sont les symptômes, et la mort est précédée, soit d'un spasme général, soit d'une stupeur. Si l'on peut agir dans ces cas-là, c'est par des saignées locales abondantes, et par l'application consécutive du caustique. Les cas qui se terminent heureusement sont ceux où il n'y a eu que de la stupeur dans la partie, succédant peut-être à une excitation préalable. Ces cas peuvent être longs et alarmants, mais ils ne sont pas incurables. Quand la maladie a son siége très-haut dans le cordon de la moelle, les muscles internes du cou perdent leur puissance, et la tête tombe en avant, les bras deviennent paralysés, et la respiration sonore. Si la tête n'est pas soutenue, et si l'on n'applique pas le caustique sur le cou, le malade succombe. Chez les vieillards, cet état est quelquefois produit par une condition particulière du cerveau. Cet organe est plus injecté de sang et plus ferme qu'il ne devrait l'être.

Dans les affections des ganglions cervicaux, causées par le froid, les coups, ou par la maladie strumeuse, ceux-ci entrelacent tellement les nerfs qu'ils produisent la contraction des muscles alimentés par ces derniers, et le torticolis, avec ou sans une maladie plus étendue, ou bien une affection de la tête elle-même. Les frictions faites avec l'onguent mercuriel affaibli, contenant de l'iode, ainsi que les fomentations, sont utiles.

Quelques affections des nerfs abdominaux, ainsi que de certaines parties de la moelle, causent le mal de tête, accompagné d'un sentiment d'une grande plénitude. Or, dans beaucoup de cas, cette plénitude est le symptôme le plus saillant de la maladie, et elle est plus opiniâtre que le mal de tête. Elle peut aller jusqu'à l'apoplexie, mais je ne dois point m'en occuper ici, et il suffit de la mentionner. Il y a cependant chez les femmes, dans la première période de la vie aussi bien que dans la dernière, une maladie très-grave qui trouve ici sa place. Elle peut venir après que l'on s'est exposé au soleil pendant l'été, ou après avoir penché la tête en bas, mais elle peut aussi se montrer brusquement, à la suite d'affections intestinales. La patiente, dans un moindre degré de la maladie, éprouve simplement tout-à-coup une pesanteur dans les yeux, dans la tête, quelque douleur dans la partie supérieure, mais cela n'arrive pas toujours, du vertige, et un sentiment de plénitude dans la gorge; si elle est debout, elle est obligée de s'asseoir, en partie à cause des étourdissements, en partie à cause de la faiblesse des membres. Les derniers symptômes se calment, et elle se sent soulagée, mais elle n'est pas bien portante, et elle souffre beaucoup de la maladie. Dans des cas plus graves, elle sent comme si le sang se portait violemment vers la tête; elle éprouve un si grand vertige, qu'elle ne peut se tenir debout; à peine peut-elle s'asseoir, et elle a besoin qu'on lui soutienne la tête. Si l'on ne prend point des moyens actifs, la maladie peut se prolonger long-temps, et pendant des mois entiers la femme ne peut marcher, et elle s'assied même difficilement. Ce ne sont là que des degrés différents de la même affection. Le meilleur remède, c'est de saigner de suite à un degré proportionné à la violence des symptômes. Les sangsues sont utiles, mais à un degré moindre de la maladie. Des ventouses appliquées à la partie supérieure du cou sont très-avantageuses. On devra, dans les cas graves, raser la tête et y appliquer un vésicatoire. Dans tous, il faudra purger hardiment. Dans les cas qui se prolongent, l'assa-fœtida avec l'aloës paraît avoir été utile, et un exutoire au cou ou sur la tête est nécessaire. Quelques cas qui duraient depuis long-temps ont été promptement guéris par un érysipèle, suivi d'une escharе et d'une suppuration abondante qui s'établissaient autour de la plaie.

Une autre modification de cette maladie paraît sous différents symptômes, et trop souvent elle a été prise pour l'hystérie, comme je l'ai fait remarquer en traitant de cette maladie. Je ne m'oppose pas à ce qu'on lui donne ce nom, pourvu que l'on suive le traitement convenable (1). Je décrirai quelques-unes des va-

(1) Dans les premières éditions de cet ouvrage, j'ai appelé l'attention des médecins sur ce sujet, mais je regrette qu'on ait si peu éclairé cette maladie et son traitement. Différents écrivains ont publié quelques cas précieux, tant dans ce pays que sur le continent, et un grand nombre ont été recueillis par le docteur Abercrombie, dans son dernier ouvrage sur le cerveau. Deux cas importants y sont rapportés par le docteur Monteith,

riétés telles qu'elles paraissent chez les femmes, généralement, mais pas toujours, dans les commencements de la vie. Une forme très-commune, c'est le croup spasmodique, ou une très-grande difficulté de respirer, accompagnée d'une toux rauque, d'une respiration sifflante, d'un pouls rapide, et de chaleur à la peau. Cet état cède promptement à la saignée, mais il est sujet à revenir, et par conséquent les purgatifs sont nécessaires pour enlever la cause première. Il se montre pendant plusieurs nuits de suite. Les émétiques sont dangereux, s'ils n'ont pas été précédés par la saignée, et, dans les cas graves, le malade ne peut attendre leur action. J'ai vu l'acide prussique à haute dose, donné une ou deux fois, calmer l'accès. Mais il ne faut point l'employer si le malade éprouve un sentiment de grande plénitude dans la tête, indiquant un état d'irritation de la moelle épinière, car alors l'acide produit invariablement un tétanos spasmodique qui ne cède qu'à la saignée. L'arsenic et les médicaments fétides sont utiles dans les intervalles, mais les purgatifs et un régime sévère sont indispensables.

Dans quelques cas, le pouls est excessivement rapide, le teint animé, l'œil rouge et la tête troublée (1); la sensibilité est augmentée au-delà du degré normal, au point que la moindre lumière fait mal, et que le plus petit bruit excite soit un croup spasmodique, soit une agitation musculaire générale; et de bonne heure, mais surtout à une période plus avancée, il y a une tendance à rire ou à pleurer sans aucune cause évidente. La malade est altérée, mais elle n'a point d'appétit. La tête n'est pas douloureuse, ou la personne n'y fait point attention, ou du moins ne le sent pas, quoique après la saignée elle dise qu'elle se sent *maintenant* la tête soulagée. Les paupières sont lourdes et ne peuvent être soulevées de suite. Ensuite les paroxysmes de la respiration spasmodique deviennent moins fréquents, mais la malade ne peut soutenir sa tête, à cause de la faiblesse de ses muscles, et bientôt tout le corps devient plus ou moins paralysé. Elle ne peut remuer les bras; elle sent sur la poitrine un poids comme une barre de fer; le pouls devient lent, et la face rouge, à cause de la congestion veineuse; la malade sent une pesanteur sur ses yeux, la vision est altérée, la face et les os deviennent douloureux, ou paraissent à la malade elle-même comme s'ils étaient tuméfiés, et souvent elle éprouve la sensation comme si le visage faisait saillie ou était allongé. Elle a des maux de cœur et elle vomit; puis elle devient brûlante, altérée, agitée, avec un pouls fréquent, une sensation comme si sa tête allait éclater; elle sent une pression sur le nez, les yeux et les joues, avec une douleur s'étendant à partir du cou vers l'occiput, dans la direction des nerfs sous-occipital et premier cervical, le long du cou, des épaules et des parties alimentées par le nerf spinal accessoire. Quel serait le résultat, si l'art n'y apportait point remède? Je n'en sais rien, mais il est probable que la mort en serait la conséquence. Même les moyens énergiques, s'ils ne sont pas promptement employés, ne peuvent empêcher qu'il ne se déclare une maladie très-longue et très-variable. Le traitement que j'ai trouvé le plus utile est de pratiquer une prompte et forte saignée, d'abord générale, puis locale, d'administrer des purgatifs énergiques, de raser la tête et d'y appliquer un vésicatoire. Ces moyens ne tardent pas à procurer du soulagement, mais il est nécessaire ensuite d'entretenir l'action des intestins et de tirer de temps à autre un peu de sang, par des ventouses appliquées entre les épaules. Cela produit aussi un excellent effet dans cette variété de délire puerpéral que j'ai décrite comme analogue à celui-ci. Si ces premiers symptômes n'ont pas été à l'instant combattus par la saignée, rien n'apporte un soulagement aussi prompt que l'application du caustique sur le cou, ou bien quelque stimulant prompt et rapide, tel que l'eau bouillante, pourrait produire le même effet. Avant que la douleur du caustique se soit fait long-temps sentir, j'ai vu la malade pouvoir remuer les bras et ouvrir les yeux, mais le pouls continue d'être lent. S'il était devenu extraordinairement fréquent avant l'emploi du caustique, j'ai remarqué que pendant son action, le pouls tombait et redeve-

---

pour lesquels j'ai été consulté, et je puis dire que la description n'en est pas trop chargée. Le docteur Masball Hall paraît aussi avoir décrit une variété de cette maladie dans un traité sur les maladies des femmes.

(1) Le lecteur fera bien de rapprocher cette description des remarques que j'ai faites dans le neuvième chapitre du dernier livre, et du chapitre dans lequel j'ai traité du délire puerpéral.

nait naturel ou lent. Des symptômes extraordinaires et prolongés peuvent succéder à cette guérison partielle, ou peuvent résulter de ce qu'en employant un traitement trop peu actif, on a permis à la maladie de se développer avec plus de force. La faculté de marcher, par exemple, peut revenir lentement, quoique non parfaitement, mais il peut survenir, à certaines périodes, une légère agitation convulsive dans les muscles, avec perte de sensibilité, ou bien le moindre bruit peut causer un spasme universel, suivi de lipothymie, ou bien tous les soirs ou tous les deux jours, la malade se plaindra pendant quelques minutes de maux de tête ou de vertige, ou on la voit devenir assoupie, puis tomber dans un état comateux ou cataleptique. Il n'y a point de chaleur au visage ni de respiration stertoreuse, et le pouls est peu affecté. La malade sort en partie de cet état en s'éveillant, ou elle en est tirée par des mouvements convulsifs des bras ou des muscles du tronc; les yeux roulent d'une manière spasmodique; les mâchoires sont ouvertes au plus haut degré et restent pendant quelque temps dans cet état (1). Ensuite le spasme diminue, et si la malade a été soutenue, elle tombe comme entièrement épuisée, dans un état d'insensibilité. Bientôt, en général, il survient une seconde attaque; ensuite la malade est soulagée. Il n'est pas rare, pendant le paroxysme, que l'estomac et les intestins paraissent prodigieusement ballonnés et très-durs au toucher, mais en un instant, et sans aucune sortie évidente de flatuosités, le ballonnement disparaît. Cette tuméfaction cependant est souvent augmentée en apparence, parce que l'épine, étant courbée en arrière, fait saillir l'abdomen. Le paroxysme ne disparaît pas après de nombreuses éructations, mais souvent par des efforts impuissants pour vomir. Il s'accompagne ordinairement d'un sentiment pénible de plénitude, surtout après avoir mangé. Quelquefois il survient tout-à-coup une paralysie dans des membres ou dans des organes particuliers, qui disparaît aussi rapidement qu'elle s'est montrée. Un seul côté peut être affecté, ou bien le sphincter de la vessie, ou la langue ou le pharynx peuvent être paralysés, et cet état peut se prolonger pendant plusieurs heures. La malade ne peut parler, et quoique tourmentée par la soif, elle ne peut avaler, mais ces symptômes disparaissent spontanément pour un temps. L'anasthésie existe généralement tant que la maladie dure, et surtout dans les extrémités inférieures. Quelquefois la malade, pendant une longue période de temps, ne peut se lever sans éprouver un sentiment pénible d'impuissance, d'accablement dans la partie supérieure de l'abdomen, ou près de la poitrine, ou bien elle ressent, en des paroxysmes plus courts, une forte sensation de dépression et de faiblesse, comme si elle allait mourir, et cependant le pouls n'est pas affecté. Cette sensation momentanée est souvent calmée par la teinture ammoniacale de valériane. Enfin, après plusieurs mois, toutes ces affections se calment, et quoiqu'elles puissent être remplacées par d'autres, qui se lient à différentes espèces de nerfs, cependant la malade revient lentement à la santé. Il peut cependant s'écouler des années avant qu'elle ne soit parfaitement rétablie, si jamais elle l'est. Pendant un long espace de temps, des retours de pesanteur dans la tête, avec douleur quelquefois poussée jusqu'à l'agonie, et suivie de convulsions tétaniques, peuvent se montrer à la fin de chaque quinzaine ou même de chaque mois, et souvent le paroxysme a lieu régulièrement à un jour ou même à une heure fixe. Il est souvent précédé, pendant quelques jours, d'une faim dévorante, et d'un œdème général dans le tissu cellulaire, surtout de la face, avec gonflement des intestins. La faim que j'ai notée n'est pas suivie d'une bonne digestion, car toute la nourriture prise pendant un ou plusieurs jours peut être gardée dans l'estomac et être vomie après un certain temps sans être digérée, à cause probablement d'un trouble dans la huitième paire. De la douleur se fait aussi sentir dans l'estomac et dans les intestins, quelquefois comme une crampe, quelquefois comme une coupure.

Le moyen le plus prompt et le seul qui soit certain pour arrêter le paroxysme, c'est d'ouvrir la veine, mais, comme la saignée affaiblit beaucoup, il vaut mieux, dans ces accès périodiques, surveiller leur approche, et dès les premiers moments, avant que les symptômes graves se soient déclarés, appliquer un certain nombre de sangsues à la tête, ou ce qui

(1) Ces fortes contractions des muscles, apparemment convulsives, dépendent beaucoup, et dans quelques cas entièrement, d'une paralysie passagère de leurs antagonistes.

est plus utile, des ventouses au cou. Cette méthode, quoique débilitante, l'est moins que la saignée, et empêche l'épuisement que pourraient produire les spasmes et la douleur. Je désirerais que l'on eût découvert quelques moyens de procurer du soulagement avec une certitude égale et avec moins de danger. On a essayé les opiacés de toute description, et les applications froides ; quelquefois ils réussissent, mais le plus souvent ils échouent. On serait naturellement porté, d'après la nature périodique de l'accès, à penser que le flux menstruel requiert toute notre attention ; certainement il est souvent obstrué, mais dans d'autres cas, si la santé n'est pas détériorée, il est plus ou moins régulier, et les accès ne sont pas plus fréquents à cette période qu'en d'autres temps. Néanmoins, il peut arriver qu'il y ait un rapport intime entre cette maladie et une menstruation impuissante, et dans ce cas-là, si l'on peut rétablir les règles et les rendre régulières, il en résultera un très-grand bien. Quelques malades souffrent presque uniquement de l'œdème général et de l'oppression, pendant la première quinzaine qui suit la menstruation, et elles se trouvent comparativement bien pendant les deux dernières semaines.

Pour prévenir cette terminaison fâcheuse et incertaine, il est évidemment important d'attaquer la maladie dès le début de la manière la plus vigoureuse, par les évacuations et les moyens qui ont été proposés. A cette seconde période, il faut suivre la méthode générale, telle que l'administration de laxatifs, un régime réglé, l'emploi de l'arsenic, des médicaments fétides, de doux toniques, etc., et un exercice modéré à la campagne. Mais je dois avouer que je n'ai pas vu retirer des avantages bien marqués d'aucun médicament, excepté lorsqu'il était nécessaire pour combattre des symptômes naissants, et que le temps paraissait être le grand remède. Dans un petit nombre de cas dans lesquels la maladie participait plus de la nature de l'hystérie, et où il y avait moins de tendance du sang vers la tête, les accès ont été supprimés par des douches d'eau froide sur le corps de la malade; mais quand celle-ci a horreur de l'eau froide, il ne faut pas essayer ce moyen. Une autre variété de cette affection s'accompagne d'une violente douleur, d'une pesanteur extrême, ou de battements dans la tête, alternant avec des palpitations, d'une toux continuelle, d'une douleur de côté, ou de fortes coliques; quelquefois d'une sensation comme si du plomb fondu était versé sur le cerveau, ou comme si les membres rôtissaient. Les étourdissements passagers, le tétanos du tronc, les affections convulsives des membres, la paralysie partielle, les accès de stupeur ou l'insensibilité sont semblables à la première variété. Le mercure, le cuivre, l'arsenic, les purgatifs, les toniques ont été mis en usage dans ces cas-là, avec peu de succès apparent. La saignée, dans les affections plus intenses du larynx, ou pour calmer la douleur de côté, les sangsues ou les vésicatoires, pour ôter le sentiment de plénitude dans la tête, le laudanum à haute dose, ainsi que l'acide prussique, pour apaiser la douleur de tête ou celle des intestins, les vésicatoires appliqués sur la tête, les cautères au cou et les frictions, pour combattre l'affection paralytique, tous ces moyens n'ont paru procurer qu'un bien momentané ; mais, comme dans le premier cas, le temps a été le grand médecin, et il est satisfaisant d'apprendre que la plupart des cas fâcheux et prolongés ont été ainsi, quoique pas toujours, améliorés. Dans le déclin de la maladie, on peut hâter la guérison en redoublant d'attention, en donnant presque tous les jours quelque potion purgative, et la nuit de l'extrait d'ellébore. Quand la sensation de plénitude dans la tête se renouvelle, et que la rougeur des yeux reparaît, les ventouses sont utiles. Celles-ci ou les saignées conviennent aussi lorsque la malade est triste. Dans d'autres cas, les symptômes se sont concentrés davantage, du moins dans le début, et quelquefois pendant toute la durée de la maladie, sur un organe : chez quelques malades, par exemple, il y a eu, dès l'invasion, douleur dans la tête, qui augmentait graduellement jusqu'au dernier degré, du moins si l'on peut admettre comme mesure les plaintes de la malade. Le pouls a été fréquent, puis lent ou irrégulier, et les bâillements, le coma, le gonflement des intestins, paraissent ici comme dans la première variété. Chez d'autres, il y a principalement des battements à la tête et au cou, avec beaucoup de vertige, au point que la malade ne peut s'asseoir. Quelques-unes rapportent la sensation à l'estomac, se plaignent d'une grande défaillance en cet endroit lorsqu'elles se lèvent, et qui est bientôt suivie de la fréquence du pouls et de maux de tête.

Chez un grand nombre de ces malades, si l'on ne fait attention aux membres, les genoux se plient et les cuisses s'élèvent vers le ventre, de sorte qu'on est longtemps avant de vaincre la contraction des muscles, mais on en vient généralement à bout par des frictions et des efforts pour étendre les membres ou pour marcher. Dans quelques cas, l'application de fortes attèles et d'un appareil d'extension a paru être suivi de quelque avantage, mais je regarde la plupart de ces moyens comme trompeurs, et j'attribue l'amélioration apparente au changement d'air, au temps et à d'autres circonstances. Je puis encore mentionner quelques autres variétés, car il y en a un grand nombre. La maladie peut commencer par une grande oppression dans le côté, comme si la malade ne pouvait respirer, à cause d'un grand poids qui pèserait sur cette partie. Le corps paraît bientôt comme mort, et la malade dit n'avoir aucun empire sur elle. Ensuite, elle éprouve un tremblement dans toute l'économie, une agitation que l'on peut appeler à la fois mentale et corporelle; elle pousse des cris involontaires, sans savoir pourquoi; le pouls est fréquent, la peau chaude, mais les jambes sont froides, le teint animé et les idées confuses. La saignée, dans ce cas-là, ne procure pas toujours un soulagement immédiat. Le temps et les purgatifs sont à la longue plus utiles. Quelquefois différents nerfs sont successivement affectés. Toute la violence de la maladie peut se porter sur les nerfs des intestins, et causer une diarrhée continuelle; puis l'affection change de marche, et il y a des douleurs de tête peut-être insupportables, avec délire; ensuite les poumons sont attaqués, ou le larynx, et on remarque de la toux ou une respiration sifflante, ou bien la scène des souffrances se passe dans l'estomac, et il y a une faim désordonnée avec des vomissements fréquents. Quelle que soit la température de la peau, la malade peut sentir quelquefois du froid à l'intérieur, ou comme si elle était sur des brasiers, et ces sensations, je pense, se rapportent le plus souvent au trajet de la moelle épinière. Dans d'autres cas, le premier symptôme est une gêne dans le gosier, sans qu'on n'y puisse rien voir, puis elle s'étend le long du cou, et les vertèbres cervicales sont sensibles à la pression. Il y a de la soif, des étourdissements, de la lassitude, un pouls fréquent, des frissons irréguliers, des crampes dans les pieds et aux orteils, et même, après que la malade a été soulagée par la saignée, les purgatifs et l'application de vésicatoires à l'épine; son visage paraît pendant long-temps gonflé, et elle marche comme une personne goutteuse. Dans tous les cas, il faut examiner l'épine avec soin et s'assurer de l'endroit sensible. Lorsque la partie malade est placée très-bas, il peut cependant y avoir de la douleur et de la confusion dans la tête. L'œil est rouge ou trouble, et les paupières sont pesantes; il y a de la douleur souvent sur le trajet du nerf accessoire. Les muscles abdominaux, ainsi que les cuisses, deviennent sensibles au toucher, et bientôt les extrémités inférieures perdent leur puissance; le pouls varie, étant tantôt lent et irrégulier, tantôt très-fréquent: l'esprit est abattu, et la malade pousse des cris sans pouvoir s'en rendre compte. Le corps dépérit, l'appétit manque, le pouls devient plus fréquent, et il survient une espèce de fièvre hectique, avec augmentation de paralysie dans les extrémités inférieures. Les exutoires procurent généralement une guérison complète, mais il faut souvent apporter beaucoup de soin pour déterminer l'endroit où on doit les établir. S'ils ne soulagent pas bientôt, l'on peut être sûr qu'on les a mal placés, généralement trop haut. Dans d'autres cas, le premier symptôme qui paraît est une grande douleur dans le cou et dans les épaules, qui passe trop souvent pour un rhumatisme. La malade se plaint aussi d'un mal de tête. Ensuite, il survient une paralysie générale depuis la tête jusqu'en bas, et les urines ne peuvent être expulsées. Le pouls devient de plus en plus lent, et la respiration est oppressée, mais l'esprit est conservé jusqu'à la fin. Les exutoires sont les meilleurs remèdes, mais dans la dernière période de la maladie, ils ne font aucun bien. Il faut, par conséquent, ne pas négliger les premiers symptômes. La durée est variable. Chez quelques personnes la maladie devient mortelle dans l'espace d'une semaine; chez d'autres, elle dure pendant plusieurs semaines; et, à la fin, la paralysie devient plus marquée, et elle emporte la malade en peu de jours, en interrompant la respiration et la circulation. — Les hommes ne sont pas exempts de cette maladie, qui, dans une de ses formes, les attaque par des accès de suffocation, par une grande variation dans la fréquence et la régularité du

pouls, par la privation du sommeil, par des épanchements hydropiques, par une perturbation de l'âme se terminant en des accès de nature épileptique qui emportent le malade. Les dissections, dans cette forme et dans les autres modifications de la maladie de la moelle épinière, ne montrent rien, excepté de petites plaques de dépôts stéatomateux sur l'artère basilaire; ou bien, on trouve des marques évidentes de l'inflammation de la gaîne du cordon de la moelle, ou une turgescence vasculaire, ou quelque changement de tissu dans le cordon lui-même, qui peut être plus mou ou plus solide qu'il ne devrait l'être. Le rapport de cette maladie avec l'hydropisie mérite d'être retenu; car, dans quelques cas, tandis que les symptômes concomitants indiquent la nature de la maladie, l'anasarque et les autres affections hydropiques paraissent être les parties les plus saillantes et les plus immédiatement mortelles de la maladie.

Il y a un symptôme dans cette maladie qu'il faut encore faire remarquer, et qui heureusement n'est pas invariable, mais qui néanmoins se montre très-souvent : je veux parler de l'aberration mentale (1). Le premier indice de cette maladie s'annonce par une idée fausse dans laquelle le malade persiste. Dans quelques cas, il soutient qu'il est éveillé, dans d'autres qu'il est aveugle, et j'ai vu des malades persister dans leur erreur, pendant des mois entiers, avec une grande obstination; d'autres ne veulent pas manger, quoique pressés par la faim, ou ne veulent manger que d'une manière bizarre. Puis l'âme s'affecte davantage, le malade paraît être dans un rêve constant, ou bien tantôt il est mélancolique, tantôt très-gai. Il oublie le nom des personnes et des choses aussi bien que leur rapport avec lui, et il forme de nouvelles opinions sur elles; ou bien il peut y avoir, comme on l'appelle, une manie religieuse. Cet état dure quelquefois sans interruption pendant plusieurs semaines; dans d'autres cas, il revient à des intervalles réguliers, pendant tant de jours, par exemple à la fin d'une quinzaine, ou peut-être même tous les second ou troisième jour; et il est à observer que souvent l'appétit est vorace (1) pendant ces jours-là. Comme le trouble du corps, celui de l'esprit se guérit plutôt par le temps que par les remèdes; cependant un exercice prudent de l'esprit, et, dans l'état de la convalescence, des soins vigilants pour prévenir une rechute dans quelque mauvaise habitude ancienne, joint à une attention sévère pour la nourriture, et aux purgatifs, seront convenables. Le meilleur traitement prophylactique de ces maladies terribles consiste à éviter tout ce qui peut irriter le cerveau, particulièrement la constipation; et les personnes qui sont chargées du soin des jeunes filles ne peuvent être trop vigilantes sous ce rapport.

A côté de cette affection se trouve la mélancolie ou peut-être l'état d'excitation auquel quelques femmes sont sujettes à chaque période menstruelle. L'aberration qui se montre quelquefois pendant la grossesse est due en partie à l'état de la circulation dans le cordon de la moelle, en partie à celui des intestins. J'ai vu une femme enceinte persister, pendant quelques semaines, dans l'idée illusoire qu'une personne morte depuis peu était constamment présente. — Une circonstance qui mérite l'attention, c'est que dans ces maladies, quoique différentes parties deviennent tout-à-coup paraly-

(1) Il faut la distinguer, d'après les symptômes antérieurs et d'après ses intervalles, d'un accès ordinaire de folie qui peut affecter les jeunes filles aussi bien que les autres personnes. La folie peut être précédée de symptômes du côté de la tête et s'accompagner d'un pouls fréquent, du ballonnement des intestins plus ou moins considérable et à différentes époques, et même d'un écoulement involontaire de l'urine; mais l'affection mentale est continue, et les symptômes saillants du côté du corps, que j'ai mentionnés plus haut, manquent. La saignée faite de bonne heure, suivie des purgatifs et du bain chaud, et de doux diaphorétiques, constituent le traitement, et généralement l'affection disparaît au bout de quelques semaines. La folie est plus fréquente dans l'enfance qu'on ne le pense, vu qu'elle passe pour une fièvre; l'enfant cependant a peu de fièvre, et le symptôme saillant c'est le trouble d'esprit, une irritabilité excessive et même la rage. Des sangsues, appliquées à la tête et suivies de l'administration régulière de purgatifs, procurent une guérison.

(1) Dans un grand nombre de variétés de cette maladie, que l'esprit soit ou non affecté, chaque exacerbation s'accompagne d'un plus grand appétit.

sées, et quoique l'estomac lui-même soit très-affecté, et qu'il puisse pendant quelque temps, aussi bien que les intestins, participer à la torpeur, sinon à la paralysie, comme on le voit dans le gonflement soudain, cependant le cœur et les poumons ne perdent jamais entièrement leur énergie; le cœur peut battre lentement, les poumons fonctionner avec difficulté, mais la vie continuer. Dans une autre affection, cependant, la mort arrive tout-à-coup, soit parce que le cœur et les poumons cessent à la fois d'agir, ou parce que le cerveau perd son activité. La malade dit seulement qu'elle ne se porte pas très-bien, qu'elle n'est pas disposée à se lever, et ensuite elle expire tout-à-coup sans pousser aucun soupir ni faire aucun mouvement. Dans quelques cas, cette terminaison a été précédée, pendant un jour ou deux, d'une espèce de malaise ou de langueur générale. A la dissection, on ne trouve souvent rien d'anormal dans aucune des cavités ou dans la moelle épinière; car si la dissection n'est pas faite avec beaucoup de soin, la turgescence des vaisseaux peut disparaître, ou la petite quantité de liquide qui est épanchée peut s'écouler sans être aperçue. Une modification mortelle de cette maladie se termine par la consomption pulmonaire compliquée ou précédée des symptômes particuliers de la maladie, et souvent même, quelques heures avant la dissolution, le malade se plaint alternativement, et seulement à des intervalles de quelques secondes, de chaleur à la tête et de rupture du cœur.

Les enfants, et même les adultes, sont exposés à une forme très-dangereuse et très-insidieuse de cette maladie, et dont on ne reconnaît la gravité qu'au moment fatal. En général, ils ont, pendant quelques jours, peut-être pendant une semaine ou deux, une fièvre légère et variable. Le pouls est fréquent; il y a un léger mal de tête; les nuits sont agitées; il y a de la soif et de l'anorexie, et la langue est chargée. Le soir, les joues sont un peu colorées et la fièvre augmente; mais elle se calme vers le matin. L'urine n'est pas très-altérée, mais quelquefois elle est épaisse et blanche. Il existe de la constipation. Il n'y a point de mal de tête, ou il est très-léger. Ensuite, tout-à-coup, sans aucune exacerbation sensible dans la maladie, même lorsque le malade paraît aller mieux, que l'appétit a commencé à revenir, que la langue est devenue plus claire, qu'il y a apparence d'une prompte guérison, il est pris d'une convulsion, et il expire tout-à-coup; ou bien il survient des accès répétés de convulsions, avec un mouvement rapide des paupières, et, au bout de quelques heures, le malade meurt. Dans quelques cas, on a observé un peu d'engorgement dans les veines de la tête, ou bien on a découvert une petite quantité de liquide à la base du crâne, ou dans le canal rachidien; mais, dans d'autres, on n'a pu rien découvrir par la dissection; et le lecteur fera bien de se rappeler ces observations en lisant le chapitre suivant sur l'hydrocéphale. Plus d'un enfant dans une même famille est mort ainsi. Le traitement consiste à calmer l'irritation cérébrale par la saignée ou les sangsues, à administrer régulièrement des purgatifs, et à provoquer une légère transpiration par de doux diaphorétiques. Si les symptômes ne cèdent pas promptement, l'application d'un vésicatoire à la partie postérieure de la tête est utile.

Cette fièvre a une grande ressemblance avec ce qu'on a improprement appelé la fièvre rémittente des enfants, ou plutôt elle n'en est qu'une modification, fièvre qu'il convient de décrire ici, vu qu'elle procède réellement d'une irritation ou d'une excitation cérébrale et spinale, et qu'elle est liée plus ou moins à un état semblable du grand sympathique. Il sera utile de la diviser en cette variété qui se présente dans le premier âge, et en celle qui survient dans l'enfance. Celle-là ressemble beaucoup à la première période de l'hydrocéphale; mais les rémittences sont plus distinctes le matin, et les exacerbations plus fortes le soir. Il ne peut cependant y avoir une grande différence, car dans les deux maladies on remarque une excitation considérable du cerveau, et la différence existe plus dans le résultat que dans la condition première. Le pouls est extrêmement rapide (1), la peau brûlante, la bouche plus chaude que de coutume. L'enfant est d'abord impatient, agité, constipé, et il a des envies de vomir. Puis il devient plus oppressé, et dans quelques cas, il a une toux légère

(1) Dans la première période de l'hydrocéphale, le pouls est plus irrégulier, et souvent il bat alternativement avec lenteur et vitesse pendant deux ou trois pulsations.

avec une augmentation de la sécrétion des crachats dans la trachée; peut-être il ne soulève pas ses paupières pendant plusieurs heures jusqu'à ce que la rémission soit venue, et alors il regarde et il fait attention pendant quelque temps aux objets qu'on lui présente. Il tette en général facilement, quelquefois il mord le mamelon, et très-souvent des aphthes paraissent dans sa bouche. Le cours du ventre est irrégulier, mais, soit qu'il y ait de la diarrhée ou de la constipation, les selles sont généralement vertes, ou brunes et fétides. L'urine est ordinairement très-colorée et rare; quelquefois les pieds gonflent un peu, et très-souvent ils sont froids. Si la maladie devient mortelle, elle s'accompagne généralement vers la fin de symptômes d'épanchement dans les ventricules du cerveau, ou l'enfant est épuisé lentement par la durée de la fièvre, ou plus rapidement par l'apparition d'une diarrhée opiniâtre. Un changement favorable survient quelquefois vers le cinquième jour, quelquefois plus tard; l'enfant ouvre les yeux plus long-temps qu'auparavant, et paraît avoir moins mal au cœur. Ensuite les symptômes se calment et les forces reviennent par degré. Il n'est pas rare de trouver qu'à cette époque, une ou plusieurs dents ont poussé. Dans un grand nombre de cas, la fièvre peut provenir d'une affection des intestins; mais souvent elle est causée par la dentition, et l'irritation de la mâchoire agit seule ou de concert avec un état morbide des intestins. Dans cette espèce de fièvre, on devra examiner avec soin les gencives, et les inciser s'il est nécessaire. On donnera le calomel à petites doses soir et matin, mêlé à de la magnésie, pour prévenir la constipation ou pour évacuer les matières irritantes. On pourra donner de temps à autre, pour calmer l'irritation, quelques gouttes de la teinture de jusquiame avec un julep salin. Le bain tiède devra être pris une fois par jour, lorsque l'exacerbation se montrera, et on soutiendra les forces de l'enfant en lui donnant le sein et des bouillons très-faibles. Si l'enfant est pléthorique, on devra appliquer de bonne heure une sangsue sur le front, et s'il ne se fait pas une crise favorable, on devra appliquer un vésicatoire sur la tête. Dans quelques cas, quoique les symptômes aigus disparaissent, l'enfant ne se rétablit pas, mais il continue d'être agité, languissant et maigre. Les paupières sont infiltrées, les pieds gonflent, et les selles ne sont ni régulières ni naturelles. Dans quelques cas, l'engorgement des ganglions du mésentère paraît être le résultat de la maladie, quoique probablement ils fussent affectés primitivement.

La fièvre rémittente des enfants plus âgés se remarque depuis l'âge de deux ans jusqu'à dix ou douze, et on la voit généralement arriver promptement parce que l'enfant a pris quelques substances indigestes qui ont séjourné dans l'estomac ou dans les intestins, ou elle se produit lentement à la suite d'un état de constipation, ou de l'accumulation de matières irritantes dans les intestins. Dans le premier cas, la fièvre paraît brusquement, quelquefois pendant le jour, mais généralement pendant la nuit. L'enfant a mal au cœur, il est pâle, très-agité, brûlant, son sommeil est troublé et il a soif. Quelquefois il vomit ou se plaint de mal de tête ou d'une douleur dans le ventre. Sa langue est, à cette époque, assez claire; mais le lendemain elle devient chargée, et les vomissements ou les nausées sont assez fréquents. Ils sont généralement précédés de mal de tête, qui disparaît ou se calme après le vomissement. Si cette maladie est combattue de suite par un émétique suivi le lendemain d'un purgatif, la santé est bientôt rétablie, mais si on attend jusqu'au lendemain pour administrer les remèdes, on trouve généralement que, quoique l'émétique suivi d'un purgatif calme la maladie, cependant il ne l'enraie pas promptement, et, malgré l'usage régulier de laxatifs associés aux diaphorétiques, la maladie dure pendant plusieurs jours. Les émétiques et les purgatifs expulsent généralement dans cette affection quelque substance à moitié digérée, telle que des amandes, des écorces d'orange, etc. On est étonné de voir combien les intestins sont quelquefois engourdis, puisque des purgatifs à haute dose ne produisent aucun effet, ou sont rendus par la bouche après être restés pendant quelque temps sans action dans l'estomac. Dans ces cas-là des lavements purgatifs conviennent pour aider la médecine. Dans cette fièvre, si les symptômes sont aigus, s'il y a un grand mal de tête, on peut tirer un bon parti de l'emploi de la saignée. L'expérience a prouvé qu'elle est plus sûre et qu'elle vaut mieux que l'application de sangsues, qui, dans les maladies cérébrales avec fièvre, peuvent affaiblir, mais font rarement du bien, excepté dans

les cas légers. — Cependant lorsque la constitution est faible, il faut employer la saignée avec précaution; dans ce cas-là les sangsues sont convenables, et dans l'enfance elles peuvent être appliquées.

Dans le second cas (1) la marche de la maladie est souvent plus graduée, et l'enfant a pendant plusieurs jours une fièvre légère, et il ne se porte pas bien. Le pouls est fréquent dans le cours de la journée. Le malade a plusieurs accès de fièvre, pendant lesquels il est assoupi et disposé à dormir ou à se coucher; mais ils ne durent pas très-long-temps, et dans l'intervalle, l'enfant paraît aller assez bien, mais il se met assez facilement en colère, et il crie quand on le touche ou quand on le soulève, quoiqu'on ne lui fasse pas de mal. L'appétit n'est pas fort, la soif est légère, et la langue est claire. Les intestins sont quelquefois relâchés, mais le plus souvent il y a de la constipation. Ces symptômes paraissent plus ou moins distinctement pendant environ une semaine, quoique quelquefois pas aussi long-temps, puis il survient un accès aigu de fièvre, précédé de frisson, et suivi généralement de vomissements. Le pouls devient beaucoup plus fréquent. Quelquefois on trouve 140 pulsations à la minute. Les joues sont colorées et le malade est très-assoupi; mais il accuse peu de douleur à la tête, et à la vérité elle n'existe nulle part ailleurs, excepté de temps en temps dans le ventre, qui peut être quelquefois extrêmement douloureux, ou s'il se plaint d'un mal de tête, il dépend évidemment de l'estomac, car il est suivi de maux de cœur ou de vomissements. Il y a cependant des cas dans lesquels le mal de tête est à la fois violent et permanent. La fièvre ne continue pas avec la même intensité pendant tout le jour; elle cesse un peu, mais non pas à des heures régulières. L'exacerbation, qui se montre ordinairement dans l'après-dîner, s'accompagne d'assoupissement. Bientôt après l'apparition de la fièvre, la langue se recouvre d'un enduit blanc ou brun, et l'estomac ainsi que les intestins paraissent être extrêmement engourdis. L'appétit est bientôt entièrement perdu, et la nourriture qui est prise n'est pas digérée. Il y a généralement, mais pas toujours, de la constipation. Les selles sont fétides, noirâtres, quelquefois comme de la poix, ou bien claires et couleur d'olive, ou bien vertes et ressemblant à du lait caillé, ou bien de la couleur de l'argile, ce qui indique alors une absence de bile. Ce dernier état alterne quelquefois avec une sécrétion trop abondante de la bile. Le malade a une grande envie de se gratter le nez et les lèvres, et si l'on n'y fait attention, il se forme un ulcère sur les lèvres ou à la commissure de la bouche; la figure est colorée pendant l'exacerbation, mais, excepté ce moment, elle est pâle. Les yeux sont ternes et blancs, quoique quelquefois, pendant la durée de la maladie, ils soient extraordinairement brillants. Généralement il survient du délire dans les dernières périodes de la maladie, et dans quelques cas il est difficile de tenir l'enfant dans le lit; cependant il peut être tiré ordinairement de cet état pendant quelques minutes, et alors il répond distinctement aux questions qu'on lui fait. Si la débilité est grande, l'enfant a un air égaré, il promène ses doigts sur les couvertures, et, quoiqu'il ne parle pas beaucoup, il fait entendre constamment un son inarticulé. Dans quelques cas, des convulsions sont survenues, mais elles sont rares, et on les remarque principalement sur les jeunes enfants. Quelquefois l'enfant fait ses besoins dans son lit, sans en avertir personne. Dans les cas graves, le malade devient paralysé d'un côté, et peut-être a-t-il des convulsions de l'autre; il gémit beaucoup, pousse par moments des cris perçants; il est presque en proie à une manie furieuse; il y a chez lui du strabisme, perte de la mémoire et de la vue, ou bien on remarque ce bâillement excessif que j'ai noté plus haut. Cette maladie dure pendant une ou deux semaines, ou même pendant plusieurs semaines, et le malade peut succomber à une débilité universelle, ou à un épuisement, ou à une diminution dans les fonctions cérébrales, accidents qui arriveront plus tôt qu'ils n'auraient eu lieu, si l'on n'emploie pas les remèdes convenables, quoique les médicaments puissent échouer. En général, leur emploi est suivi de succès. Le ballonnement du ventre avec une fièvre considérable et constante est de mauvais augure, et les symptômes qui indiquent ordinairement une compression du cerveau, tels que la paralysie, etc., le sont encore plus; néanmoins ils ne sont

(1) On l'appelle ordinairement une fièvre vermiculaire, quoique les vers n'existent pas nécessairement dans cette maladie.

pas nécessairement mortels, vu qu'ils n'indiquent nullement avec certitude un épanchement. Même dans ce cas-là, ou dans les cas de compression, ces symptômes procèdent d'un trouble des fonctions du cerveau et des nerfs, causé par la pression, et toutes les autres causes qui peuvent produire une altération semblable dans la fonction seront précisément suivies du même effet. L'on en voit la preuve dans les effets de la commotion du cerveau, dans cette perte instantanée de puissance causant une paralysie universelle et la mort, et dans ces maladies qui produisent une paralysie subite de certains ordres de muscles, que j'ai déjà décrite; on en voit aussi la preuve dans l'effet des brûlures ou des lésions chirurgicales, dans lesquelles il survient de la stupeur ou de la paralysie, qui deviennent souvent mortelles. Tous ces exemples démontrent que la compression n'est qu'une cause de ces symptômes, et seulement une cause excitante et non prochaine, et ce fait, ainsi que la relation de quelques-uns des cas rapportés plus haut, démontrent évidemment que l'on n'a pas de signe certain, dans ces maladies, de la lésion irréparable du cerveau, et que par conséquent on est encouragé à entreprendre une guérison, dans des circonstances où autrement on ne concevrait aucun espoir.

Cette maladie a une forte ressemblance avec l'hydrocéphale, et il ne peut en être autrement. Le principal moyen, peut-être, pour aider le diagnostic, est tiré de l'intensité des symptômes, mais ce n'est pas une règle certaine, sur laquelle on puisse compter. Dans l'hydrocéphale, les vomissements sont plus fréquents, le malade porte aussi souvent les mains au-dessus de la tête, il se gratte aussi souvent le nez et les lèvres. Il y a généralement une douleur de tête constante, qui manque quelquefois entièrement dans cette fièvre, ou qui est légère; et si elle est intense, elle vient en paroxysme et se lie à un mal de cœur ou à une affection de l'estomac. Il y a des cris aigus, du strabisme, et souvent un délire plus constant, dont on ne peut délivrer le malade lorsqu'il a duré pendant quelque temps, et les convulsions sont accompagnées d'une plus grande lésion dans les facultés mentales. Il y a en général, dans cette fièvre, une cessation plus complète des symptômes, pendant quelques instants de la journée, que dans l'hydrocéphale; le pouls est non-seulement plus lent, mais l'enfant est plus enjoué et plus à son aise. Les selles sont plus fétides et plus noires que dans l'hydrocéphale, qui dans cette maladie sont souvent liquides, bilieuses, et quelquefois luisantes. Le pouls, dans l'hydrocéphale, est plus irrégulier, et dans la seconde période, il devient ordinairement lent et intermittent. Je dois cependant répéter que, dans un grand nombre de cas, il est très difficile d'établir le diagnostic, surtout si l'on n'a pas soigné l'enfant dès le commencement de la maladie. J'ai eu la consolation de voir des enfants revenir d'un état désespéré en apparence, lorsqu'il y avait toute raison de craindre qu'il n'y eût un épanchement dans le cerveau, quoique le résultat prouvât le contraire. Heureusement, dans les cas douteux, le diagnostic précis est plus important pour déterminer le pronostic, que le traitement; car dans ces circonstances, l'application de vésicatoires sur la tête, l'usage des laxatifs, le soutien des forces, sont les moyens auxquels il faut avoir recours dans les deux maladies.

Celle dont nous nous occupons procède ordinairement, quoique nullement invariablement, d'un trouble des intestins qui irrite le cerveau. Le trouble des fonctions de l'estomac et des intestins, ou du foie, etc., réagit indubitablement sur l'origine des nerfs, et produit différents effets, comme on l'a déjà établi. Nous ne pouvons encore dire quel est le mode particulier d'irritation qui donne naissance aux différentes variétés des phénomènes, ou pourquoi dans un cas la même cause apparente d'excitation produit-elle une affection spasmodique, et dans un autre de la fièvre. Le fait cependant est incontestable, savoir que, dans quelques exemples, des fruits verts, ou une grande quantité de pâtisseries, ou la constipation, causeront tantôt une fièvre, tantôt la chorée, etc. Dans la maladie qui nous occupe, la cause réside généralement dans les intestins; mais assurément d'autres causes excitantes peuvent affecter le cerveau d'une manière semblable, et par conséquent les modernes qui placent la maladie dans les intestins et qui prétendent que le remède consiste dans les purgations, simplifient trop la maladie. Mais, quelle que soit la cause qui produise l'excitation cérébrale, il ne peut y avoir de doute qu'elle réagisse sur les viscères abdominaux, et ceux-ci les uns sur les autres, de manière à produire bientôt une maladie compliquée, et souvent à la

fois longue et dangereuse. Cette condition du cerveau n'est pas l'inflammation, mais celle-ci peut survenir. Elle ne paraît pas affecter tout le cerveau d'une manière égale et universelle, mais elle peut être limitée à la base et à la portion supérieure de la moelle épinière; de plus, il est évident que cet état d'excitation peut être remplacé par la torpeur des parties affectées, ou une partie du cerveau peut être frappée de torpeur, tandis qu'une autre est encore dans un état d'irritation ou d'excitation. Ces considérations, je le crois, expliquent pourquoi certaines parties du corps entrent dans une surexcitation, tandis que les autres deviennent dans la suite presque ou entièrement paralysées. Dans le traitement de cette fièvre, notre objet est d'arrêter l'action de la cause excitante, de diminuer l'excitation cérébrale et de combattre les symptômes particuliers. Dans les premiers temps de la maladie, surtout s'il y a encore quelques légers frissons, et s'il y a raison de soupçonner que quelque aliment indigeste ait été introduit dans l'estomac, un émétique est de la plus grande utilité, et il faut rarement omettre de le prescrire. Ensuite, aussitôt que l'estomac pourra le garder, on devra administrer un purgatif énergique, de manière à procurer des selles abondantes. Il convient aussi de ne pas négliger les autres irritations qui se portent soit aux gencives, soit ailleurs, et qu'il faut chercher à découvrir par un examen attentif et minutieux; ou quand nous serons embarrassés, nous pourrons souvent nous aider de la main, en la promenant sur différentes parties du corps et sur la région spinale. On prendra des mesures convenables pour combattre toutes les causes qu'on pourrait découvrir. Tout cela peut se faire en quelques heures, et si on y a recours de bonne heure, la maladie peut être enrayée tout d'un coup; si cependant elle ne l'était pas, ou si nous n'avons pas été appelés auprès du patient dans les premières heures, alors il faut examiner jusqu'à quel point la saignée peut diminuer l'excitation cérébrale. S'il y a mal à la tête, de la pesanteur dans les yeux, une rougeur de la face, une chaleur brûlante, un pouls vibrant et fréquent, je penche, sous le rapport de la sûreté et de l'utilité, pour la saignée. Je sais qu'il y a un préjugé contre elle, à cause du danger de la faiblesse, mais il n'est pas certain qu'un patient qui a été saigné, mais qui n'a pas été guéri par la saignée, soit plus faible à la fin de quinze jours de fièvre, qu'une autre personne qui n'aurait pas été saignée, tandis que d'un autre côté il est prouvé que la maladie est souvent adoucie, et quelquefois enlevée tout-à-coup par ce moyen. Ainsi, aussitôt que la période du froid est passée, et que la chaleur est augmentée, on pourra recourir à la saignée. Les sangsues ne sont pas très-utiles sous ce point de vue; elles peuvent soulager localement, mais elles n'arrêtent pas la fièvre, à moins que ce ne soit chez de très-jeunes sujets. La saignée d'un autre côté, particulièrement si elle produit du mal de cœur et de la défaillance, ramène souvent le pouls instantanément à son état normal. Cependant il y reste rarement, mais bientôt il s'élève, sans toutefois atteindre le même degré qu'auparavant, et dans les cas favorables, la maladie disparaît peut-être dans les trois jours, à partir de son invasion. Je ne veux pas que l'on suppose, d'après ces remarques, que j'approuve la saignée pratiquée sans discernement et sans jugement, encore moins lorsqu'elle a été différée trop long-temps. Les personnes qui sont faibles ne doivent point être saignées du tout, ou bien elles doivent l'être avec mesure, et quand on trouve que pendant l'écoulement sanguin le pouls devient plus petit, plus faible et plus fréquent, l'évacuation sanguine n'est point sans danger, et il faut l'arrêter immédiatement. Il est impossible d'établir une règle sur la quantité de sang qu'il faut retirer à différents âges, car tout dépend de la constitution du sujet, de la largeur de l'ouverture, de la variété aussi bien que de la période de la maladie; en général six onces sont assez et pas trop pour un malade âgé de six à huit ans. Après la saignée, ou dans les cas où il n'a pas été convenable de la pratiquer, si la peau est constamment chaude, il sera utile d'éponger fréquemment la surface avec de l'eau froide. Si la maladie n'est pas arrêtée, notre objet est de l'adoucir et de l'abréger autant que possible, et l'on peut s'aider beaucoup en examinant tous les jours quels sont, par rapport à l'irritation qui existe, ou aux sympathies qui ont été développées, les remèdes convenables que l'on peut appliquer, tels que la saignée locale, les vésicatoires, les frictions, les sinapismes ou les médicaments internes. S'il n'y a pas de symptôme saillant, nous devons diriger principalement notre attention

vers le canal intestinal, qu'il ne faut jamais perdre de vue, et vers la sécrétion cutanée. On devra tenir la peau dans un état de relâchement et de légère moiteur par le julep salin seul, ou contenant un peu d'antimoine. On devra tenir les intestins dans un état d'activité convenable, au moyen de purgatifs. L'on ne peut dire à priori la quantité nécessaire pour procurer des selles. Ordinairement elle est plus forte qu'on ne le croirait, si l'on n'a pas traité beaucoup de cas de cette maladie. Une infusion de séné répond parfaitement au but qu'on se propose. Le jalap, l'huile de ricin, peuvent aussi être employés, ou si l'enfant peut avaler des pilules, les pilules d'aloès sont parfaitement gardées par l'estomac, et si elles sont données en nombre suffisant, elles agissent puissamment sur les intestins. On peut les faire précéder d'une dose modérée de calomel, ou il peut être donné en même temps que l'un de ces purgatifs. Les lavements sont très-utiles. Il est bon de purger copieusement d'abord; ensuite il ne convient pas de donner des médecines qui agissent fortement(1). On ne doit pas employer alors les drastiques, surtout le calomel à haute dose, car ils produiraient une faiblesse ou une torpeur dans les intestins; il est nécessaire cependant de donner régulièrement une dose suffisante pour ouvrir les voies intestinales, et pour maintenir leur action. Lorsque les selles sont liquides, les purgatifs conviennent encore, à des doses raisonnables, pour les expulser, car leur aspect n'est pas naturel, et elles troublent l'action des intestins. L'administration d'une pilule bleue pendant un ou deux jours, seule ou avec un peu de rhubarbe, est utile, dans la vue d'augmenter l'action et la sécrétion des intestins. Soit que cette maladie ait été primitivement excitée par le trouble des intestins, ou par quelque autre cause agissant sur le cerveau, et que par là les intestins aient été affectés secondairement, on trouvera dans tous les cas que les purgatifs sont évidemment utiles.

Les opiacés, dans le déclin de la maladie, calment souvent l'irritation, et hâtent la délivrance, en procurant du sommeil. Les lavements anodins sont utiles sous ce rapport, surtout si on leur associe des fomentations pour calmer aussi les tranchées ou les douleurs abdominales. La douleur de côté, si elle n'est pas enlevée par les rubéfiants ou par un baume anodin, requiert un petit vésicatoire. Le bain chaud calme souvent l'irritation générale. Quand il y a une douleur de tête continue ou un malaise quelconque dans cet endroit, il convient d'appliquer de bonne heure des sangsues, et à une période plus avancée de raser la tête et de la baigner avec du vinaigre froid. Les vésicatoires, principalement appliqués à la partie postérieure de la tête, conviennent aussi, surtout lorsqu'il y a du délire. S'il y a des symptômes de torpeur ou d'asthénie dans une partie du cerveau, et dans une autre une excitation anormale, il est nécessaire d'appliquer des vésicatoires, soit à la partie postérieure de la tête, ou à la nuque, mais ils causent moins d'irritation dans le premier endroit, et ils doivent être d'une largeur moyenne; en même temps on devra stimuler avec précaution les intestins par des purgatifs. Dans ces cas-là, il convient aussi d'employer des mercuriaux, tels que les pilules bleues, combinées avec l'aloès, de manière à exciter l'action des intestins, et à produire ce qu'on appelle un effet altérant sur l'économie, en prenant soin toutefois de ne pas pousser trop loin le remède. De temps en temps on pourra y joindre de petites doses de la poudre de James. Par ces moyens, on a obtenu des guérisons inattendues, lorsque les symptômes étaient tels que l'on avait à craindre un épanchement dans le cerveau.

Dans le cours de la maladie, le foie est sujet à se troubler dans ses fonctions, et même il peut survenir dans cet organe des maladies chroniques. Les mercuriaux et les purgatifs sont utiles dans ce cas-là, et sans doute, si l'on n'employait pas de bonne heure ces médicaments ou d'autres moyens, pour produire une action salutaire dans les intestins, cette affection hépatique serait plus fréquente et plus dangereuse. Si la région du foie est sensible à la pression, alors, outre les autres moyens, il faudra appliquer soit des sangsues, soit un vésicatoire, sur la partie, ou les deux remèdes à la fois, suivant l'acuité des symptômes.

---

(1) Le docteur Pemberton remarque avec raison que si l'on donne des purgatifs énergiques, les intestins sont sujets à se laisser distendre par des gaz, et le malade succombe à une tympanite. *Practical treatise, etc.*, p. 165. Il est bon de remarquer que la dissection ne montre rien, excepté une insufflation des intestins.

La nourriture devra être légère, mais il ne convient pas de forcer le malade à manger. Dans le cours de la maladie, une infusion de quinquina ou d'autres toniques sont quelquefois utiles, et devront toujours être essayés. On peut donner aussi du vin à petites doses lorsqu'il y a une grande débilité, s'il ne produit pas de la chaleur, du mal de tête et de l'exacerbation dans la fièvre; mais s'il favorise le sommeil on doit le continuer. Quand la maladie se prolonge, il est souvent avantageux de cesser l'emploi des purgatifs, et de ne donner que des lavements et, en même temps, de recourir aux ferrugineux. En suivant cette méthode, les intestins, quoiqu'ils n'aient pas été excités auparavant par de fortes médecines, agissent plus régulièrement, et le retour à la santé s'opère promptement. Comme cela arrive dans les cas prolongés, il est probable que quelquefois les purgatifs et les mercuriaux ont été poussés trop loin, et ont entretenu une irritation anormale. On devra apporter la plus grande attention à la propreté et au renouvellement de l'air, et pendant la convalescence l'air de la campagne est extrêmement utile. Dans les cas benins, mais prolongés de cette fièvre, le malade ne reste au lit qu'une partie du jour, et il devient gai dans l'après-dîner. Les selles, pendant un jour ou deux, augmentent de quantité, puis elles deviennent très-fétides. L'appétit revient bientôt, mais la fièvre, la maigreur, le ballonnement du ventre et les autres symptômes peuvent durer pendant plusieurs semaines, et la maladie ressembler au marasme. Dans ce cas, le pouls est petit, quelquefois languissant, ou presque imperceptible. La peau souvent est froide, et l'appétit est très-faible, ou vorace de temps en temps, surtout lorsque cette variété affecte les adultes; il y a presque une faiblesse paralytique dans les jambes. Les laxatifs sont convenables, et j'ai vu les pilules cuivrées réussir. On tire aussi un bon parti des frictions faites sur le dos avec une embrocation stimulante; ou si quelque partie est sensible à la pression, d'un exutoire établi en cet endroit.

A la suite de la dentition, d'une irritation intestinale, d'une obstruction à la circulation pulmonaire, ou par des causes plus obscures, les vaisseaux du cerveau peuvent devenir très-turgescents, ce qui produit une fièvre généralement aiguë, de la chaleur à la peau, particulièrement au front, un teint bouffi, une respiration prompte ou difficile, des vomissements d'un liquide glaireux, l'immobilité de la pupille, suivie, soit d'étourdissements, d'assoupissement et d'insensibilité, ou de convulsions violentes, remplacées par le coma et la mort. Dans quelques cas, la maladie se manifeste seulement par des symptômes de congestion à la tête. Dans d'autres, les intestins sont affectés, il y a peut-être d'abord de la constipation, puis de la diarrhée; mais, dans l'un et l'autre cas, le ventre est sensible. Dans d'autres circonstances, la maladie paraît se lier à une affection des poumons ou du foie, et elle n'est pas rare dans le croup, et alors elle cause toujours des convulsions. A l'examen cadavérique on trouve les petits vaisseaux du cerveau injectés, de sorte qu'à la section on remarque de nombreuses parties rouges; mais la congestion est surtout visible dans les veines et les sinus, qui sont gorgés de sang. Dans quelques cas, il y a un léger épanchement de sérosité dans les ventricules, ou du sang est extravasé dans la membrane arachnoïdienne.

Le traitement consiste à avoir recours immédiatement, soit à la saignée, soit aux sangsues, selon l'âge de l'enfant, à une purgation copieuse et à des lavements, joints à l'emploi du bain chaud.

Si les gencives sont distendues il faut les inciser (1).

CHAPITRE VI.

DE L'HYDROCÉPHALE.

L'hydrocéphale est une des maladies les plus insidieuses auxquelles les enfants soient sujets; elle fait quelquefois son apparition subitement, emportant le malade en peu de jours. Quelquefois elle est plus graduée et se prolonge pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, par conséquent on l'a divisée en hydrocéphale aiguë et en chronique, et, comme elle peut se montrer idiopathiquement, ou survenir dans le cours d'une autre maladie tout-à-fait différente dès le commencement, on peut encore la diviser en hydrocéphale primitive et secondaire. Quelques auteurs

(1) Quelques beaux cas de cette affection sont rapportés par M. Guibert dans les *Archives générales*, tom. xv, p. 31.

ont décrit un grand nombre d'espèces ou de subdivisions, selon les légères variations dans la marche ou dans l'intensité des symptômes; mais cela est plus embarrassant qu'utile ou qu'exact. — L'hydrocéphale aiguë commence comme une fièvre ordinaire; mais il y a ordinairement une douleur de tête plus grande, surtout d'un côté. Après que les symptômes fébriles ont duré pendant quelque temps, des marques d'un cerveau comprimé ou affaibli paraissent, et le malade meurt dans un état comateux ou dans des convulsions. Telle est l'esquisse de la maladie, qu'il est cependant nécessaire de décrire avec plus de détail. Le malade, quelque temps avant l'attaque, peut être languissant, de mauvaise humeur, mal à son aise, sans aucune maladie bien marquée. Son appétit est diminué, il a de fréquentes envies de vomir; ou il rend de la bile, et le ventre est généralement constipé, quoique quelquefois il y ait une évacuation de matières fétides d'une couleur foncée ou verte; le malade se plaint de temps en temps d'une douleur de tête, d'étourdissement, ou bien il est assoupi, ou il ne peut dormir. Vers le soir, sa figure est un peu colorée, la peau est chaude, et bientôt après la maladie se déclare.

Dans d'autres cas, cependant, et ce sont les plus fréquents, la maladie paraît tout-à-coup ou à peine avec quelque indisposition préalable. Le malade éprouve du frisson tandis qu'il a la peau chaude. Il se plaint généralement beaucoup de la tête, surtout au front, ce qui lui fait alors froncer les sourcils, ou d'un seul côté. Quelquefois il souffre beaucoup du cou. Le mal de tête est un des symptômes les premiers et les plus réguliers, et c'est toujours une circonstance très-alarmante lorsqu'il y a une douleur intense accompagnée de vomissements de bile, et si elle ne cède pas à cette évacuation ou si elle n'est pas calmée par elle. Dans un petit nombre de cas, j'ai vu le malade dire qu'il n'avait point beaucoup ou point de douleur de tête; et chez les enfants, nous n'avons aucun moyen de juger s'ils éprouvent ou non de la douleur. Des accès brusques et subits d'un croup spasmodique, comme on l'a appelé, sont quelquefois les précurseurs de cette maladie, et ils sont plus à craindre s'ils sont accompagnés ou suivis de convulsions. Ces accès, dans les cas ordinaires d'hydrocéphale, paraissent quelquefois comme un des premiers symptômes; mais, le plus souvent, ils ne surviennent qu'à une période avancée de la maladie. Quand il n'y a pas de convulsions, il y a souvent des contractions dans une des extrémités ou dans le pouce. Quelquefois il y a une toux spasmodique ou une douleur dans une partie éloignée. Dès le commencement le malade peut à peine se lever; ses yeux sont ordinairement très-sensibles à la lumière, et quand on les examine on remarque des oscillations dans l'iris, les pupilles sont contractées, peut-être irrégulièrement, et l'œil, dans quelques cas, est trouble; dans d'autres il est aussi clair que de coutume. Je dois cependant faire observer que quelquefois il n'y a pas la plus petite augmentation de sensibilité à l'égard de la lumière. Le mal de tête est constant, il fait gémir le malade, ou celui-ci reste silencieux, sans dire un mot, souvent même sans vouloir boire. L'estomac est affecté de bonne heure, et souvent, pendant plusieurs jours, le malade rend de la bile et tout ce qu'il boit; mais ce vomissement ne se rencontre pas aussi constamment et ne dure pas aussi long-temps que le mal de tête. L'appétit est perdu, la soif est variable, la langue blanche. Il y a généralement de la constipation, mais quelquefois de la diarrhée, et, dans ce cas-là, les selles sont vertes et fétides; les enfants ont généralement de la diarrhée depuis le commencement jusqu'à la fin. Chez ceux qui sont plus âgés, c'est ordinairement le contraire; d'abord et dans la plupart des cas il y a une douleur de ventre. Le sommeil est interrompu, comme si le malade était sous l'influence d'un rêve affreux; il se redresse, grince des dents et se gratte le nez, ce qui fait regarder quelquefois la maladie comme provenant de vers. Le pouls, dans quelques cas, n'est pas très-fréquent; en général, surtout si la marche de la maladie est rapide, il est d'abord très-fréquent, donnant environ 120 pulsations à la minute, mais il est sujet, sous le rapport de la fréquence, à des variations très-promptes et très-considérables dans un court espace de temps. Au bout d'environ huit ou dix jours les pupilles se dilatent un peu et le malade louche un peu. Dans quelques cas le vomissement reparaît; mais, le plus souvent, il ne se montre pas. Le pouls, à cette période, devient souvent lent, ne donnant que soixante pulsations à la minute, et il est généralement irrégulier. La pupille est plus dilatée, et l'œil moins

sensible à la lumière qu'auparavant. Le mal de tête est souvent diminué, mais le malade se plaint fréquemment, ou même pousse des cris. Dans quelques cas il survient du délire; dans d'autres, le malade conserve sa raison et son intelligence jusqu'à ce qu'il survienne de la stupeur. Il prend plus de nourriture dans cette période qu'auparavant. Dans l'espace de deux ou trois jours le pouls redevient plus fréquent, la pupille plus dilatée, mais le malade continue de voir et de se plaindre de la lumière, et souvent il répond distinctement à toutes les questions. Cependant les symptômes de la compression du cerveau deviennent plus marqués; le pouls est faible et augmente sensiblement jusqu'à 160 pulsations à la minute. Il y a du strabisme, et la vision finit par se perdre. On remarque une rétention d'urine, ou bien elle passe involontairement avec les fèces. La respiration devient stertoreuse, et le patient meurt; cependant il peut succomber à la faiblesse et conserver sa connaissance jusqu'à la fin, ou, après avoir été dans le délire ou dans un état comateux, il peut recouvrer son intelligence et sa sensibilité. Quelque temps avant sa mort, la vision même et l'ouïe sont aussi revenues, et il n'est pas rare que cette amélioration apparente soit telle qu'elle fasse concevoir des espérances trompeuses à celui qui n'est pas instruit de la nature de la maladie. Dans le cours de cette affection, les joues sont alternativement colorées et pâles; et après la seconde période, un côté est souvent paralysé, tandis que l'autre entre en convulsions. Ces dernières, à la vérité, peuvent survenir dans toutes les périodes de la maladie, même dès le début; mais sous ce rapport, il y a une grande différence dans les divers cas. Les symptômes s'aggravent généralement pendant la nuit. Lorsque le malade dort les paupières sont souvent à moitié fermées et les yeux tournés en haut. Il se plaint beaucoup ou il devient étourdi, quand on lui soulève la tête.

On a divisé l'hydrocéphale en trois périodes caractérisées par l'état du pouls et de la sensibilité. Dans la première, le pouls est fréquent et la sensibilité grande; dans la seconde, le pouls devient lent, et il y a des marques de compression du cerveau; dans la troisième, il est de nouveau fréquent, il y a une grande débilité et une grande irritation cérébrale; mais il faut se rappeler que ces périodes ne sont pas toujours bien définies. Quelquefois le pouls ne devient jamais lent et alors on ne peut compter sur les divisions. — La maladie dure généralement jusqu'au vingt et unième jour, si l'enfant est âgé de plus de deux ans; mais s'il est plus jeune, elle se termine souvent plus rapidement, quelquefois jusqu'au troisième, au quatrième, ou au cinquième jour, et c'est ce qui arrive surtout lorsque la maladie est précédée de convulsions ou d'un croup spasmodique. Il y a une autre forme qui devient aussi, ou qui paraît devenir rapidement mortelle. Dans celle-ci, les symptômes sont insidieux, et on ne peut la distinguer de la fièvre ordinaire bénigne; il y a rarement beaucoup, pour ne pas dire jamais, de douleur de tête; il y a eu cependant pendant sa durée un épanchement de liquide dans les ventricules, ou bien il s'y était déjà formé par quelques causes antérieures inconnues, et avait occasionné la fièvre. Si j'étendais plus loin mes vues, je dirais que le liquide épanché est d'abord confiné aux ventricules latéraux, ou il s'étend tout au plus au-delà du troisième ventricule jusqu'au moment de la mort; ou bien, lorsque tout obstacle qui existait a été rompu, il s'est épanché tout-à-coup dans le quatrième ventricule, et il a causé la mort en agissant sur la moelle allongée. — D'après cette description, il paraît que les symptômes, lorsque le malade peut les accuser, ressemblent beaucoup, dans la première période, à ceux de la fièvre chez l'adulte, ou de la fièvre cérébrale rémittente chez les enfants; qu'à ces symptômes s'ajoutent ceux de la compression du cerveau; et je ne connais pas, après y avoir apporté toute l'attention dont je suis capable, aucune marque de diagnostic entre les deux maladies, surtout dans l'enfance. On remarque cependant une plus grande irritation dans l'hydrocéphale que l'on n'en rencontre dans l'autre fièvre. Dans quelques cas on a trouvé du liquide dans les ventricules, lorsqu'aucun symptôme ne l'indiquait pendant la vie (1), ou lorsque la plupart des symptômes ordinaires manquaient (2). Un mal de tête

(1) Voyez Quin's *Treatise*, p. 45.

(2) Le docteur Rush cite des cas dans lesquels il n'y avait point de douleur de tête, ou dans lesquels la maladie commença comme un catarrhe, ou bien dans lesquels manquaient le strabisme, la di-

intense et opiniâtre avec des vomissements bilieux et de la fièvre sont toujours des symptômes dangereux.

Les enfants ne peuvent donner aucun détail sur ce qu'ils éprouvent, par conséquent on est encore plus dans l'incertitude jusqu'à l'apparition des symptômes de la compression du cerveau. L'on peut cependant soupçonner la nature de la maladie lorsque l'enfant a une forte fièvre, des vomissements avec constipation ou diarrhée, de l'oppression, des envies de vomir, les yeux constamment fermés, qu'il fuit la lumière, qu'il porte souvent les mains aux tempes comme s'il voulait ôter quelque chose de la tête, lorsqu'il éprouve des tressaillements et des spasmes, qu'il s'éveille brusquement comme épouvanté, et qu'il tette ou qu'il boit d'abord avec une grande avidité. Le diagnostic cependant est difficile; car, dans les troubles des intestins à la suite de la dentition et d'autres causes, il peut survenir des spasmes, des tressaillements, de l'assoupissement et du strabisme (1). Des selles vertes, formant une masse gélatineuse sans aucune odeur fétide, ont été regardées comme appartenant à cette maladie, tandis que quelques auteurs prétendent que cette apparence dépend de l'emploi du calomel (2). On ne doit point négliger cet état des selles, mais il ne faut point s'y fier comme à un signe pathognomonique; encore moins doit-on compter sur la disposition sablonneuse de l'urine, notée par le docteur Coindet. Des variations rapides et répétées dans la fréquence du pouls, jointes aux autres symptômes, particulièrement aux vomissements et à la somnolence, donnent lieu à soupçonner la maladie. Il est prudent, chaque fois qu'il y a une fièvre considérable avec quelques symptômes ambigus, de procéder comme si le malade était menacé d'une hydrocéphale, d'autant plus que l'emploi des remèdes indiqués servira généralement dans les affections avec lesquelles on peut confondre cette maladie; et si l'on attend jusqu'à la dernière période pour obtenir un diagnostic plus certain, il y a peu d'espoir de réussir. Lorsque les enfants peuvent donner connaissance de leurs sensations, l'on peut, avec grande raison, soupçonner cette maladie, lorsqu'ils se plaignent beaucoup de la tête, lorsqu'ils ont des vomissements et un pouls rapide. Il n'est pas cependant toujours possible de déterminer tout d'un coup si la maladie est la fièvre déjà décrite, ou l'hydrocéphale, et cela n'est pas aussi essentiel qu'on pourrait le supposer, car la prudence conseille même, dans celle des deux maladies qui est la moins grave, de recourir promptement aux remèdes énergiques.

La dissection fait voir le cerveau et ses membranes, dans quelques cas, enflammés et recouverts d'une lymphe coagulable; mais, dans un grand nombre de cas, si l'inflammation a existé dans la première période, les marques ont disparu avant la mort. Une circonstance beaucoup plus fréquente, sinon universelle, c'est la congestion des veines : elle se combine, dans quelques cas, avec une induration de toute la partie médullaire, ou du tuber cinereum, etc., et, dans un petit nombre de cas, on n'observe aucune augmentation dans la vascularité entre la dure-mère et le cerveau (1); mais encore plus fréquemment dans les ventricules du cerveau, il y a une accumulation d'un liquide transparent, quelquefois de plusieurs onces. On y a quelquefois trouvé de l'urée. Laënnec et d'autres anatomistes ont décrit de petites granulations tuberculeuses dispersées à travers le cerveau, mais elles ne sont pas

---

latation de la pupille, le mal de cœur et la perte d'appétit. *Med. inq.*, vol. II, p. 210.

(1) Un cas très-intéressant, dans lequel des symptômes frappants d'hydrocéphale furent produits par l'accumulation des matières fécales, et dans lequel on obtint une prompte guérison en purgeant avec du séné, est rapporté par feu M. Benj. Bell. Hamilton, *Des purgatifs*, p. 217. On pourrait citer d'autres cas dans lesquels le strabisme, la double vision, la paralysie, les cris, le mal de tête, etc., tous ces symptômes cédèrent aux mêmes moyens.

(2) On suppose que les selles dans l'hydrocéphale peuvent être distinguées de celles qui sont altérées par le calomel, parce que les premières sont inodores et ne colorent pas l'eau lorsqu'on les mêle à ce liquide. Le calomel cependant est souvent administré dans l'hydrocéphale, et il doit modifier les selles.

(1) Dans ce cas-là, la maladie est appelée hydrocéphale externe pour la distinguer de l'espèce dans laquelle le liquide se trouve dans les ventricules, que l'on a appelée hydrocéphale interne. Par la première expression, quelques-uns des anciens auteurs entendent l'œdème des téguments crâniens.

essentielles à la maladie. La moelle épinière ou ses enveloppes participent quelquefois à l'affection, et du liquide peut s'y former ou s'échapper de la base du cerveau. Ceci paraît quelquefois produire, dans la première période, de la douleur et de la rigidité dans le cou ou des sensations particulières autour du larynx, ou une légère irritation, comme si cet organe était chatouillé par un petit filament. Ces intestins apparaissent quelquefois enflammés, ou bien il y a des constrictions dans quelques portions, ou une intus-susception. Le foie peut être un peu volumineux.

L'hydrocéphale se développe plus facilement chez quelques enfants que chez d'autres, et cette prédisposition est très-remarquable dans certaines familles. Ceux qui sont d'une constitution scrofuleuse y sont sujets; mais elle attaque aussi les enfants qui n'ont aucun signe de cette constitution, et aucun individu, pas même le plus sain, n'en est exempt. Dans l'enfance, les deux sexes sont également affectés; mais il est certain que, vers la période de la puberté, ou un peu auparavant, les jeunes filles sont plus souvent attaquées. Coïndet a établi la proportion à l'âge de douze ans, comme de huit à un.

Les causes excitantes, agissant évidemment et directement sur le cerveau, peuvent quelquefois être reconnues, telles que les coups, ou d'autres lésions, l'exposition au froid, un exercice violent, les passions de l'âme, la disparition brusque d'une irritation continue ou d'un écoulement, existant au crâne ou dans le voisinage, etc. Dans d'autres cas, l'hydrocéphale est occasionnée par des maladies préalables, agissant d'une manière secondaire sur le cerveau, telles que le croup, la scarlatine, etc. Toute fièvre long-temps prolongée, en entretenant une surexcitation continuelle dans les vaisseaux du cerveau, qui renferment une si grande proportion de sang, a été considérée comme une cause; et sans doute, quand il y aura une forte prédisposition, elle produira cet effet. Le changement d'action est aussi probablement une cause. L'irritation continue de nerfs importants ou très-sensibles est peut-être une des causes les plus fréquentes; de là la dentition peut produire l'hydrocéphale, et très-souvent elle naît d'un mauvais état des viscères dans lesquels se prépare le chyle. Il résulte de l'excitation des extrémités du nerf un état semblable d'excitation qui non-seulement existe à l'origine, mais même à une certaine étendue autour de ce nerf, de sorte que ceux qui naissent tout auprès sont affectés. Après la mort, on trouve les parties avoisinant l'origine de ces nerfs extrêmement vasculaires et infiltrées. Ayant noté ce fait pathologique dans le dernier chapitre, j'ai peu de choses à dire ici. C'est cependant un objet d'étude très-important que de rechercher pourquoi, dans un certain nombre de cas, il ne se produit qu'une simple fièvre, prédisposant sans doute à l'hydrocéphale, mais ayant rarement cette terminaison, tandis que dans d'autres, cette maladie se développe promptement, même avec ses caractères les plus effrayants. Cette remarque porterait à croire que, dans un grand nombre de cas que l'on suppose provenir de l'état des intestins, la maladie primitive était établie dans le cerveau, et que l'affection apparente des intestins n'était seulement qu'un premier symptôme, ou bien que la nature de l'irritation communiquée au cerveau est essentiellement différente dans un cas que dans l'autre. Peut-être les deux suppositions sont-elles vraies, dans certaines circonstances, et le tout aussi dépend de la prédisposition. Je saisis ici l'occasion de faire remarquer que, quoique dans beaucoup de cas où les intestins paraissent être d'abord en défaut et sont regardés comme les affections excitantes du système nerveux, cependant, dans beaucoup d'autres cas, il existait réellement d'abord dans le cerveau, ou dans le cordon rachidien, une maladie, tandis que les premiers symptômes qui paraissaient n'étaient que l'effet de cet état qui se manifestait par le trouble de fonction des intestins. De la même manière, le croup, la toux, etc., suivis de convulsions et d'hydrocéphale, dépendent de l'état de l'origine des nerfs à la base du crâne.

La seconde recherche, c'est de savoir quelle est la condition qui produit l'hydrocéphale. Est-ce une inflammation et un épanchement analogue à l'hydrothorax succédant à une pleurésie? Une inflammation aiguë et considérable se termine par suppuration, et c'est là la terminaison de la plupart des cas de l'inflammation du cerveau. Cette maladie terrible n'est pas rare, mais on la rencontre plus souvent chez les adultes que chez les enfants à la mamelle. Elle est marquée par une grande fièvre, une douleur de tête générale ou locale, peut-être

atroce, suivie de stupeur, et devenant très-rapidement mortelle. L'on peut trouver, à l'ouverture du cadavre, une sécrétion muco-purulente, ou un ramollissement d'une partie du cerveau. A un degré plus modéré, après s'être prolongée plus long-temps, la maladie se termine par un épanchement séreux. Il est même produit par un état d'action inférieure à l'inflammation, et c'est cette sous-inflammation qui, je crois, existe le plus souvent dans l'hydrocéphale (1). Pendant cet état d'excitation, s'élevant tout au plus à ce qu'on peut appeler une sous-inflammation, le pouls est fréquent, et la fièvre généralement aiguë. Elle se termine par un état d'épuisement, de faiblesse ou de torpeur, dans lequel les fonctions cérébrales sont enrayées ou diminuées dans leur accomplissement. Il survient à cette période des symptômes que l'on suppose naître d'une compression du cerveau, mais ils ne proviennent pas de cette source, mais de l'état du cerveau déjà décrit. Ils se montrent avant que l'épanchement ne puisse probablement exister. Ils ressemblent à ceux qui sont produits par une commotion cérébrale, ou par une cause quelconque, capable d'interrompre ou de troubler l'accomplissement des fonctions du cerveau. La série des symptômes est variable et incertaine, car une partie peut tomber dans la torpeur, tandis qu'une autre reste dans un état d'excitation. Là où l'épanchement s'est établi, les parties sont souvent irritées par sa présence, et la fréquence du pouls est renouvelée, tandis qu'ordinairement la stupeur augmente. Dans quelques cas, dont on ne peut encore déterminer la nature, cette compression paraît procurer un bien momentané, car il y a eu des exemples dans lesquels l'intelligence est revenue, et où le malade a été mieux quelque temps avant la mort. Il est donc probable que les symptômes qui accompagnent ce qu'on a appelé la seconde période, et qu'on a supposés indiquer un épanchement, annoncent simplement le commencement de cet état d'épuisement et de faiblesse qui conduit à l'épanchement, et il n'est pas trop tard, même à cette époque, de conserver quelque espoir de sauver le malade, espoir fondé toutefois sur la possibilité d'être induit en erreur sur l'existence de l'épanchement, qui par lui-même, indépendamment de la condition antérieure du patient, est ordinairement tôt ou tard suivi de conséquences mortelles. Après que l'épanchement s'est établi dans l'hydrocéphale aiguë, je regarde le rétablissement comme presque impossible ; le peu de cas qui n'ont point été suivis de la mort se sont terminés par la folie, accompagnée d'une augmentation de volume dans la tête. Le nom d'hydrocéphale est par conséquent impropre, vu qu'il ne s'applique qu'à la période dernière et incurable de cette maladie ; mais comme il est universellement reçu, il serait mauvais de le changer.

Quant au meilleur mode de traitement, il est évident que l'on doit, dans la première période, ou dans celle d'excitation, employer les moyens les plus prompts et les plus vigoureux pour calmer l'action ; et dans la seconde période, ou dans celle de la diminution de fonction, il faut employer les remèdes qui peuvent stimuler sûrement l'organe vers une action plus normale et plus énergique, sans provoquer une inflammation. Dans la période de l'épanchement, nous exposerons les indications presque inutiles pour favoriser l'absorption, ou pour procurer artificiellement l'évacuation du liquide.

Dans la première période, l'on peut faire beaucoup par un traitement vigoureux, et l'on a par là sauvé bien des malades qui autrement auraient succombé ; ou, en d'autres termes, on a prévenu, chez un grand nombre de personnes, la maladie, ou la période, à proprement parler, appelée hydrocéphale, lesquelles personnes auraient succombé à un épanchement. Les moyens les plus efficaces consistent, si l'enfant a joui préalablement d'une bonne santé, à tirer du sang par la saignée, les ventouses ou les sangsues, ou par les deux à la fois, selon l'âge du malade et l'intensité de la maladie (1). Il

(1) Mon infatigable et savant ami, le docteur Monro, combat, dans son dernier ouvrage, cette opinion, et pense que l'hydrocéphale est le plus souvent produite par les scrofules (ce qui n'est pas incompatible avec cette doctrine), ou par les causes qui donnent lieu à un trouble dans la circulation au-dedans du cerveau, de la poitrine ou du ventre.

(1) On a proposé de saigner presque jusqu'à l'extinction de la vie, mais, à la vérité, on est loin de prouver que l'hydrocéphale dépende d'une inflammation

ne faut du moins, en aucune circonstance, négliger les sangsues, et on ne peut les appliquer trop tôt. Les évacuations de cette espèce, poussées promptement à un degré modéré, devront être à l'instant suivies, ou plutôt accompagnées de l'administration de purgatifs actifs, et je désire pouvoir inculquer suffisamment dans l'esprit tant des parents que des médecins, que la perte d'un jour, dans ce traitement énergique, peut causer celle du malade. Je suis loin de conseiller une déplétion débilitante ou des évacuations tardives, mais, dans les cas aigus, la saignée pratiquée de bonne heure, ou les sangsues, ou les deux moyens, s'ils ne sont pas poussés jusqu'à l'épuisement, feront du bien, ou du moins ne causeront point de mal. En même temps qu'on aura recours à ces moyens, on devra raser la tête, et la laver souvent avec de l'eau froide, et peu d'heures après appliquer un vésicatoire à sa partie postérieure. Quand je conseille l'eau froide, je désire que l'on comprenne qu'elle doit être appliquée efficacement, non en mouillant des linges une ou deux fois, mais en maintenant le crâne constamment froid par l'application fréquemment répétée de linges mouillés. Quelques auteurs ont conseillé l'application de la glace pilée, mais, à cause de la douleur qu'elle occasionne, si jamais elle fait du bien, cela doit être dans les cas où il existe plutôt un collapsus, et où il est nécessaire de stimuler le cerveau au moyen d'une prompte sympathie avec les téguments crâniens. Dans ce cas-là, elle agit comme un sinapisme, quoique peut-être pas aussi sûrement. Je regarde comme une pratique très-hasardeuse l'affusion d'eau froide sur la tête, car elle est souvent suivie d'un collapsus alarmant. Mais si on doit la pratiquer, il faut y recourir de très-bonne heure, lorsqu'il y a une chaleur considérable, et immédiatement après les évacuations sanguines, et jamais avant; enfin, on doit y mettre une grande prudence et une grande modération. Les vésicatoires, lorsqu'ils ne sont pas trop larges, sont, j'en suis sûr, utiles, quoique quelques auteurs, dont je respecte l'opinion, y mettent peu de confiance; on a appliqué sur le crâne le caustique ou le tartre stibié, mais je ne pense pas que l'on en ait retiré de grands avantages.

Dans l'espoir que ces moyens ont arrêté la maladie, notre principal soin est ensuite de conserver ou d'étendre le terrain que nous avons gagné, et nous y parvenons en dirigeant toute notre attention sur les intestins. Le meilleur remède, je crois, c'est le calomel, à petites doses suffisantes pour entretenir l'action des intestins, sans purger trop. Il n'agit pas seulement sur les intestins, mais il exerce aussi une influence sur le système nerveux. Deux grains, dans les vingt-quatre heures, en plusieurs doses, et associés avec quelque autre doux laxatif, peuvent être donnés à un enfant âgé d'un an. S'il ne convient pas, on lui substituera une pilule bleue (1), dissoute dans un peu d'eau chaude. On peut donner une pilule à un enfant de dix-huit mois. Si le mercure irrite les intestins, en produisant des tranchées, on y ajoutera une petite quantité d'opium, en même temps que l'on tiendra les intestins relâchés par l'addition d'un autre laxatif. Il est probable que l'on fera plutôt du mal que du bien, si on laisse le calomel produire des tranchées, et causer une excitation dans les intestins. Je ne suis pas partisan des drastiques. On devra aussi appliquer successivement de petits vésicatoires sur le crâne, et il faudra proscrire tout aliment stimulant.

Dans la seconde période, quand il y a des symptômes d'inaction ou d'absence d'énergie dans une partie du cerveau, peut être avec une continuation d'excitation dans une autre, les remèdes ont peu d'effet; cependant, comme notre diagnostic n'est pas toujours certain, et comme ils réussissent quelquefois, il faut invariablement les essayer avec autant de diligence que si l'on espérait un succès certain. Ils consistent dans l'application répétée de petits vésicatoires, dans l'emploi de doux purgatifs, et dans l'administration continuée du mercure en friction, ou plutôt donné à l'intérieur de manière à agir sur le cerveau. On a employé les antimoniaux associés au mercure; mais je ne pense pas que ce soit avec succès, quoique de hautes autorités aient conseillé la poudre de James. Dans cette période, il faut prendre garde de ne pas épuiser les forces, et il est pro-

aiguë. L'épuisement le modifie sans doute dans les cas désespérés.

(1) Mercure, un gros; conserve de cynorrhodon, un gros; triturez jusqu'à extinction, et faites avec la poudre de réglisse trente-six pilules égales.

bable que nous ferons du bien en donnant des alimens doux, des cordiaux convenables, et en employant les opiacés avec prudence quand ils seront nécessaires.

On a eu principalement recours à la paracenthèse(1) dans l'espèce chronique. Dans l'hydrocéphale aiguë la fontanelle est souvent si saillante et si élastique qu'elle fait croire que le liquide se trouve réellement en contact avec elle : une ponction faite avec précaution a démontré l'erreur.

Les opiacés sont nuisibles d'abord, mais à la fin ils peuvent rendre les symptômes moins alarmants en calmant les convulsions; on les apaise quelquefois en aspergeant la figure avec de l'eau froide, ou en administrant un lavement entier. Les opiacés conviennent aussi lorsqu'il y a une grande agitation, de l'irritabilité ou de la souffrance causées en apparence par la douleur. Dans les cas ambigus, ressemblant à l'hydrocéphale, les opiacés font prendre à la maladie une tournure favorable, qui autrement serait devenue mortelle. Quand l'hydrocéphale est connue pour être une maladie de famille, il conviendra d'employer tous les moyens pour fortifier la constitution, tels que le bain froid, des aliments légers et nourrissants, une surveillance active exercée sur les intestins; non pas que je croie que l'hydrocéphale naisse jamais directement de la faiblesse, mais parce que tout ce qui affaiblit la constitution prédispose à la maladie ; si l'enfant est pléthorique, s'il a des attaques momentanées d'insensibilité, s'il a la plus petite ou la plus légère paralysie, ou bien une éclampsie, ou un spasme de la glotte, on devra maintenir les intestins relâchés, et on entretiendra un petit exutoire à la tête, dont j'ai tiré un très-bon parti. Il faudra particulièrement prendre garde de ne pas guérir trop vite une éruption, surtout du cuir chevelu. On devra surveiller les premiers symptômes de la maladie, et il vaut mieux que l'on nous reproche d'avoir employé les remèdes trop tôt, que d'éprouver les regrets d'y avoir eu recours trop tard.

(1) M. Brown rapporte un cas dans lequel le liquide fut, à plusieurs reprises, retiré par la ponction, et toujours avec un avantage et un rétablissement momentanés de la vue et de la faculté de l'attention; mais, à la fin, la maladie se termina par la mort. *Med. and phys. journal*, vol. XII, p. 102.

L'hydrocéphale chronique fait son apparition plus lentement et parcourt ses périodes avec moins de rapidité. Elle paraît quelquefois naître graduellement à partir de la naissance; l'enfant est engourdi, languissant, sujet à de fréquentes attaques de stupeur ou d'engourdissement, et la tête grossit plus vite qu'elle ne le devrait; ou bien la maladie paraît commencer même dans l'utérus de la mère; dans d'autres cas l'enfant est d'abord assez bien portant, et il se passe plusieurs années avant que les symptômes de la maladie n'apparaissent. D'abord on le voit plus engourdi que de coutume, il a un léger degré de fièvre accompagnée d'une douleur dans la tête, tantôt continue mais modérée, tantôt se montrant comme les paroxysmes du mal de tête, suivie de maux de cœur et de vomissements. Il prend plaisir pendant quelque temps aux divertissements de son âge, mais il est bientôt fatigué, et généralement on le trouve, après qu'il a joué un peu, étendu sur une chaise. L'appétit diminue par degrés, et la nourriture est sujette à lui peser ou à être rejetée par des vomissements. Le mal de tête devient plus constant, et quelquefois intense, souvent il est accompagné d'étourdissement et de douleur, ou de raideur dans le cou. La peau est plutôt chaude; le pouls d'abord est fréquent et irrégulier, quoique dans quelques cas il devienne de très-bonne heure extrêmement lent, et continue de l'être pendant long-temps. Les intestins sont constipés, l'urine quelquefois passe avec peine et difficulté. L'œil est morne et languissant, et parfois le malade voit double ou trouble. Après que ces symptômes ont duré pendant quelque temps, les os de la tête s'élargissent considérablement, si les sutures n'ont pas été unies, et les veines sur le crâne deviennent très-distinctes. Le corps se consume, et les puissances musculaires sont plus ou moins affaiblies. Dans cet état, le malade peut vivre pendant plusieurs mois; ou quelquefois la maladie paraît être enrayée et le malade vit pendant des années avec un crâne élargi, quelquefois dans un état d'idiotisme. Cependant, en général, au bout de quelques semaines, ou tout au plus de quelques mois, les symptômes de la compression du cerveau deviennent plus distincts; et on a supposé, mais pas toujours avec justesse, qu'ils arrivent chaque fois que la tête cesse de s'élargir, et pas avant. Les pupilles sont dilatées, le malade louche, les

membres sont paralysés ou entrent en convulsions; l'urine est supprimée, de sorte qu'il est nécessaire de pratiquer le cathétérisme; le pouls est plein et lent, mais ensuite il devient faible et vacillant. Quand le malade peut rendre compte de ses sensations, l'on peut être conduit de bonne heure à soupçonner quelque maladie dans la tête, mais dans l'enfance on ne peut être instruit de ses sensations. — On peut la reconnaître cependant à l'air maladif de l'enfant, en le voyant porter fréquemment la main à la tête, qui souvent est plus grosse et paraît plus pesante que de coutume, même avant qu'il s'y soit formé du liquide. L'enfant éprouve des attaques d'assoupissement, et quelquefois les convulsions; il vomit et s'éveille tout effrayé en même temps qu'il paraît n'exister aucune tendance à la dentition. Ensuite le volume de la tête et les autres symptômes indiquent la maladie d'une manière plus marquée.

En ouvrant la tête on trouve généralement une grande quantité de liquide dans les ventricules, et même un léger épanchement sur la surface du cerveau. Quelquefois les ventricules sont tellement élargis que le cerveau ressemble à deux vésicules placées sur le cervelet. Les os du crâne sont tantôt très-minces et ramollis, tantôt très-irréguliers à leur surface interne. Chez une petite fille, qui mourut après avoir été malade pendant cinq mois, je trouvai l'intérieur du crâne, à la partie inférieure, recouverte d'apophyses ou d'épines osseuses. Il y a rarement, pour ne pas dire jamais, aucun indice d'une inflammation préalable; cette maladie diffère donc de l'hydrocéphale aiguë. — Le traitement consiste à appliquer des vésicatoires sur la tête, à y établir un exutoire au moyen de la pommade de sabine, ou bien on peut y entretenir une irritation plus générale en frottant la partie avec une pommade préparée avec de l'ail, ou avec du tartre stibié. Le cours du ventre sera maintenu relâché ou du moins régulier par l'emploi de purgatifs; et il conviendra d'administrer le calomel et le mercure combiné avec la digitale, presque aux mêmes doses qu'on les emploie contre l'hydropisie. Par cette méthode quelques enfants ont été guéris, chez d'autres la tête a été réduite pendant quelque temps à son ancien volume (1). Chez ceux-ci la quantité de l'urine avait été considérablement diminuée; et quand les médicaments font du bien, ils augmentent le cours de l'urine. On a proposé, par des bandages et par d'autres moyens, de soutenir les os de la tête, et de prévenir la distension; mais je ne puis rien dire sur cette pratique, d'après mes propres observations, et je suis persuadé que cette méthode serait dangereuse. — On a proposé d'évacuer le liquide par la ponction, et elle a été pratiquée, et il faut l'avouer, quelquefois avec succès. Un cas de ce genre est rapporté par Rossi, et un autre, plus récemment, par le docteur Vose, qui soulagea un enfant en le ponctionnant trois fois avec une aiguille longue (1). Le liquide s'est aussi échappé par les narines à travers une fente du crâne, mais sans aucun avantage pour le malade.

Il y a une affection que l'on est exposé à confondre avec l'hydrocéphale chronique. Le malade souffre long-temps à la tête et au cou, la douleur est augmentée par l'exercice, l'agitation, ou une lecture prolongée, et quelquefois il louche. La douleur est cependant rhumatismale, elle suit la marche de cette maladie, elle n'est pas constante et elle change de place. Le strabisme est habituel, et, par conséquent, accidentel par rapport à la maladie; ou il est causé par une affection passagère des muscles de l'œil, et il est augmenté, lorsque le malade fixe long-temps un objet. Le malade est aisément agité, et il y a une tendance vers la maladie décrite dans le dernier chapitre. Les laxatifs, le quinquina, un séton au cou, et les bains de mer sont utiles. — L'hydrocéphale secondaire est une maladie très-insidieuse. Sous un point de vue, peut-être, la majorité des cas d'hydrocéphale aiguë peuvent être appelés secondaires, autant qu'ils sont produits par d'autres irritations survenues dans les intestins ou dans les gencives, etc. Mais, par cette dénomination, je veux spécialement exprimer l'hydrocéphale qui succède à quelqu'une des maladies

(1) Dans un cas traité par mon frère, il réussit par l'emploi du mercure et de la digitale, au point de rendre la fontanelle flasque, tandis qu'auparavant elle était tendue et saillante. Mais chaque fois que cette flaccidité était produite, il survenait des convulsions, et le malade mourut.

(1) *Medico-chir. trans.*, vol. IX, partie deuxième. L'enfant mourut ensuite.

antérieurement bien formées et d'une longue durée : telles que la scarlatine, la toux croupale, etc. Il arrive trop souvent que, dans la marche, ou à la suite de ces maladies, il survient des symptômes de l'hydrocéphale et que l'enfant est enlevé. Il n'est pas étonnant que cela ait lieu quand on considère la sympathie remarquable qui existe entre le cerveau et les autres organes, et la grande vascularité de l'encéphale, ainsi que sa délicatesse chez les enfants. Mais de quelque manière qu'on explique le fait, son existence est hors de doute. Il est très-important, dans toutes les maladies des enfants, de surveiller l'état de la tête, et chaque fois qu'il paraît des symptômes indiquant une affection de cet organe, d'avoir recours à l'application de sangsues, de vésicatoires et des autres moyens qui ont été désignés. A la vérité, dans toutes les maladies longues des enfants, surtout si elles sont accompagnées d'une fièvre considérable, il sera prudent de raser la tête et d'y appliquer un petit vésicatoire. Le calomel, quand il purge doucement, est d'une grande utilité.

CHAPITRE VII.

DES CONVULSIONS ET DE L'ÉCLAMPSIE.

Les convulsions procèdent de diverses causes d'excitation survenant pendant l'enfance, mais elles dépendent toujours d'une affection de l'origine des nerfs musculaires produite par des causes, soit directes, soit sympathiques (Voyez le chapitre v). Elles naissent très-fréquemment d'une irritation intestinale, de la dentition; elles se montrent dans le cours des fièvres éruptives, ou elles accompagnent la toux croupale quelquefois. Elles naissent d'une affection immédiate du cerveau, et très-souvent elles se montrent au commencement ou dans le cours de l'hydrocéphale. On peut les diviser en celles qui naissent d'une affection primitive du cerveau, et en celles qui sont occasionnées par sympathie avec quelque autre organe qui se trouve dans un état d'irritation. Mais dans les deux cas, la cause immédiate c'est la condition morbide de l'origine des nerfs. Il y a cependant une différence dans le résultat que l'on attend, car les convulsions les plus mortelles sont celles qui dépendent d'une affection directe du cerveau ou de la moelle épinière. Dans ces cas l'enfant peut périr, pendant l'accès, ou à la suite de cet état de collapsus ou de torpeur, qui, comme dans l'épilepsie de l'adulte, peut succéder au paroxysme par les effets trop prolongés de la cause qui donna d'abord naissance aux convulsions. Il n'est pas, du reste, aisé d'établir le diagnostic dans tous les cas; et lorsque les convulsions durent long-temps, quelle qu'ait été leur origine, le cerveau finit par s'affecter; et si la maladie se prolonge, le malade devient maigre et peut être paralysé; ou bien l'hydrocéphale peut être causée très-rapidement par l'état qui d'abord occasionna des convulsions.

Nous pouvons nous aider dans notre jugement en examinant les gencives, surtout si l'enfant est à l'époque où les dents paraissent; en étudiant l'état des intestins, s'il y a constipation ou diarrhée, ou si l'enfant est tourmenté par des vers; en s'informant si une éruption a brusquement disparu, ou si l'enfant a eu une frayeur, ou s'il a pris des aliments indigestes et en trop grande quantité, ou s'il a tété une femme dont l'esprit a été depuis peu agité; ou bien, si l'on ne peut découvrir aucune de ces causes, il faudra demander si l'enfant a déjà éprouvé ces fièvres éruptives qui sont souvent précédées de convulsions, surtout la petite vérole. Dans un grand nombre de cas les convulsions proviennent d'une irritation des intestins, et les selles sont généralement mauvaises, ou les fonctions digestives sont troublées. Cette observation est d'une grande importance en pratique, vu qu'elle indique les moyens d'arrêter le mal et de le guérir. — Les enfants très-jeunes sont sujets à avoir un léger degré de spasme, appelé convulsions internes, dans lequel la bouche est pendant le sommeil tirée de côté comme dans le sourire. Les paupières ne sont pas tout-à-fait fermées, et les yeux roulent tellement sur leur axe que l'on aperçoit le blanc de la sclérotique. La respiration paraît dans des instants agitée et l'enfant est très-aisément effrayé. Ces accès paraissent être causés par des gaz dans l'estomac, ou dans les intestins, car ils sont soulagés par la sortie de gaz, et ils requièrent quelques carminatifs, tels que l'huile d'anis, avec un doux laxatif. Ils disparaissent généralement en peu de temps, mais quelquefois ils sont remplacés par des vomissements, ou par une diarrhée,

ou par un assoupissement se terminant par des convulsions. — Quelques enfants bientôt après la naissance paraissent languissants; ils gémissent, ils expulsent des matières fécales, brunes, différentes du méconium, après que celui-ci dans le cours ordinaire des choses aurait dû être rendu. Ensuite l'enfant tombe dans un état qui ressemble plutôt à la syncope qu'aux convulsions, et il meurt peut-être dans les quarante-huit heures qui suivent sa naissance. Il convient de donner de bonne heure le calomel à petites doses, associé à quelque doux aromatique.

D'autres enfants bientôt après la naissance se mettent à pousser des cris violents, ils ont des convulsions plus ou moins distinctes, et l'irritation musculaire peut se montrer à plusieurs reprises. Ces symptômes sont calmés par le bain chaud, de doux laxatifs, et par des frictions faites sur le ventre avec un peu de laudanum. J'ai pensé quelquefois que cet état provenait de ce qu'on avait lié le cordon trop près du ventre, et que par là l'irritation se communiquait aux viscères abdominaux. Les enfants âgés d'un mois, qui sont sujets à des paroxysmes violents de cris aigus, à la suite de coliques provoquées souvent par une mauvaise nourriture, peuvent être enlevés tout-à-coup par une convulsion, après des cris violents et prolongés. Cet état demande une grande surveillance exercée sur les intestins et sur la nourriture. — Il y a un état d'agitation et d'irritation presque voisines de la folie, que l'on rencontre quelquefois chez les enfants âgés de quelques mois, et dans ce cas, à des époques particulières, l'enfant crie fortement et long-temps, comme s'il souffrait beaucoup. Cet état est quelquefois suivi d'une convulsion, et on observe des contractions dans un doigt ou dans un orteil. Pendant les cris, le seul soulagement, qui est momentané il est vrai, s'obtient en donnant le sein. On devra ouvrir librement les voies intestinales, appliquer un petit vésicatoire sur la tête, et quelquefois répéter son application. Et au moment de la plus grande agitation, on devra donner un opiacé, qui paraît être le médicament le plus utile que l'on puisse employer. — Les convulsions régulières peuvent survenir dans la première période de l'enfance, et, dans ce cas-là, elles attaquent les enfants, qui, depuis l'époque de leur naissance, ont été sujets à avoir un sommeil lourd, à pousser des gémissements ou des cris aigus, ou à s'éveiller tout-à-coup, ou qui, éveillés, éprouvent une torsion dans les extrémités, ou une contraction spasmodique du pouce ou des orteils. Les convulsions varient beaucoup pour le degré et la durée; généralement l'enfant est pris tout-à-coup par un spasme des muscles du bras ou des jambes, qui sont agités en tous sens; les poings sont fermés, le corps renversé en arrière, les traits tiraillés, les paupières ouvertes, les pupilles dilatées, et les yeux fixes dans leur orbite, ou roulants. La face est pâle ou livide. Ces convulsions peuvent devenir tout-à-coup mortelles. Mais quelquefois, après que l'accès a duré une minute ou deux, il disparaît et ne revient plus. Dans d'autres cas il revient très-fréquemment pendant plusieurs jours, ou à des intervalles incertains pendant un grand nombre de semaines. En général plus les accès sont longs et les intervalles courts, plus le danger est grand. L'apparition de symptômes de paralysie ou de maigreur, dans le cas où les accès sont fréquemment répétés, ajoute beaucoup au danger, et indique généralement une hydrocéphale. Lorsque l'enfant a le corps très-tendu ou courbé en arrière, quelques auteurs appellent la maladie un tétanos, et appliquent le nom d'éclampsie aux autres cas. Dans beaucoup d'exemples, les premiers symptômes consistent en une espèce de respiration sifflante ou croupale, suivie immédiatement d'une convulsion générale. Un grand nombre de cas de convulsions apparentes dépendent plutôt d'une paralysie passagère ou momentanée d'un certain nombre de muscles, que du spasme de leurs antagonistes.

Quand un enfant est pris de convulsions, il règne un grand effroi dans la famille, et l'on s'attend que si le médecin arrive avant que l'enfant succombe, ou qu'il soit revenu de l'attaque, à ce qu'il emploiera des mesures promptes et actives. La première chose à faire, c'est d'ordonner de préparer immédiatement un bain chaud et un lavement; et pendant que l'on disposera ces choses, le médecin s'informera des circonstances de la maladie et examinera les gencives. Si l'enfant est à l'époque de la dentition, et si l'on ne découvre aucune autre cause, il conviendra d'inciser largement la gencive sur la partie où les dents, selon l'ordre ordinaire de la dentition, devraient paraître; quand bien même on

ne découvrirait aucune tuméfaction. Ensuite, on mettra l'enfant dans un bain chaud, et l'on tiendra seulement la tête au-dessus de l'eau; et, si l'accès ne se passe pas plus tôt, on l'y maintiendra pendant quelques minutes. On peut en même temps appliquer sur la tête des linges imbibés d'eau froide, de manière à la rafraîchir, et non au point de la rendre froide. On a aussi tiré un bon parti d'asperger fortement la figure avec de l'eau froide, et même on a conseillé de verser de l'eau froide sur la tête. Cependant je ne suis pas très partisan de ce moyen, car j'en ai vu résulter un état ressemblant à la syncope. Si le bain ne procure pas un prompt soulagement, j'ai rarement trouvé utile d'y avoir recours de nouveau, si les accès se renouvelaient. Dans quelques cas l'addition d'un peu de moutarde au bain est avantageuse. Lorsque l'enfant est retiré du bain, on devra appliquer un linge sur l'estomac, ou sur une grande partie de l'abdomen imbibé d'une forte solution alcoolique et légèrement saupoudré de poivre, et on devra frictionner l'épine avec l'esprit de corne de cerf, ou avec quelque autre embrocation stimulante. En même temps on donnera un lavement que l'on poussera avec force de manière à opérer rapidement; il devra être suivi d'une dose purgative de calomel, et ensuite de l'emploi des laxatifs pour tenir les intestins relâchés. Il est bon quelquefois d'avertir les parents que l'accès peut revenir au moment où l'enfant va à la selle. S'il existe une diarrhée, et si les selles n'ont pas une apparence naturelle, les laxatifs conviendront encore, selon les instructions qui seront données en traitant de la diarrhée (1). On a aussi employé les émétiques pendant l'intervalle des accès aussitôt que l'enfant pouvait avaler; mais à moins que l'on n'ait raison de soupçonner que quelque substance indigeste ou malsaine a été ingérée dans l'estomac, ils ne sont pas aussi utiles que les laxatifs, et peuvent, par l'effet qu'ils produisent sur la circulation dans le cerveau, être dangereux. Mais quand pendant la dentition on craint des convulsions, à cause des tressaillements, de la fièvre et des circonstances qu'une première expérience nous a démontrées comme les précurseurs d'une convulsion, j'ai quelquefois trouvé avantageux de donner un doux purgatif, et il devra être suivi du bain chaud et de quelques anti-spasmodiques, tels que l'assa-fœtida associée, s'il est nécessaire, à un laxatif. La teinture d'assa-fœtida avec addition d'huile d'anis est un médicament très-utile. Stork a fortement préconisé le camphre, soit par la bouche, soit en lavement, mais je ne sache pas qu'il soit très-utile. Je dois dire la même chose du musc.

Si la face est animée, ou si les artères du cou battent fortement, ou si l'enfant a été préalablement bien portant, il conviendra ensuite d'appliquer une ou plusieurs sangsues au front, selon l'âge et la constitution de l'enfant; ou, s'il est possible, de saigner au bras. Dans tous ces cas, il est important que l'enfant perde de suite plus ou moins de sang; mais si le visage est pâle et l'enfant faible, on pourra donner, à plusieurs reprises, quelques gouttes d'esprit aromatique d'ammoniaque. L'opium est nuisible quand le teint est animé, et même lorsque la face est pâle; il n'est utile que lorsqu'il paraît y avoir une irritation considérable vers les intestins, ou dans les gencives, ou lorsqu'elle est produite à la suite des cris et des mouvements continuels. Dans ces cas-là un anodin est souvent très-utile, surtout après que les intestins ont été purgés. L'huile de rue est fortement recommandée par le docteur Underwood, et quand les accès sont répétés, il sera convenable de faire usage de ce médicament ou de l'assa-fœtida, ou d'autres anti-spasmodiques. On devra, dans ces cas, frictionner l'épine dorsale à plusieurs reprises avec quelque embrocation stimulante, ou avec de l'huile d'ambre; et on devra appliquer un petit vésicatoire sur la tête, si l'enfant n'est pas complètement revenu de la première attaque, et surtout s'il y a une rechute. On a appliqué aux extrémités des vésicatoires et des sinapismes, mais ils ne font qu'ajouter à l'irritation. Quand l'enfant reste dans un état de stupeur après la convulsion, comme cela arrive chez les adultes après l'épilepsie, un sinapisme appliqué sur la moitié de la tête, et laissé pendant dix minutes, stimule souvent le cerveau à reprendre ses fonctions. Les vésicatoires d'un autre côté sont destinés à agir plus lentement, et en partie par l'écoulement

(1) L'utilité de donner des purgatifs dans les convulsions, lorsqu'il y a constipation ou que les selles ne sont pas naturelles, est confirmée par l'expérience et par les effets de ces médicaments dans la chorée.

Burns.

qui les suit, en partie d'après le principe de la sympathie d'équilibre, ils calment l'action déréglée qui s'établit au dedans du crâne. Le sinapisme, en agissant rapidement d'après le principe de la sympathie d'association, stimule; le vésicatoire diminue l'excitation à l'intérieur, en l'augmentant lentement à l'extérieur. Quand l'attaque a été précédée d'un spasme vers le larynx, que je décrirai en parlant du croup, on devra appliquer une ou deux sangsues à la tempe, ou à la nuque; ou on devra ouvrir une veine, selon l'âge et les autres circonstances; on devra donner des purgatifs et appliquer un vésicatoire à l'occiput. Même après que le danger apparent est passé, il est utile d'entretenir pendant quelque temps un exutoire à la partie postérieure de la tête, car il y a eu un trouble dans la vascularité, ou une inflammation existant vers l'origine de la huitième paire, qui est très-sujette à reparaître, quoique pour le moment elle ait été calmée. Dans tous les cas, il faut faire attention aux aliments, et il peut même être nécessaire de changer la nourrice. Lorsqu'un enfant a des convulsions répétées, qu'il gémit presque constamment, que le cou et l'épine sont renversés en arrière, la maladie est incurable, vu qu'elle provient d'un épanchement dans la tête. La vie cependant peut être prolongée pendant plusieurs semaines. On peut essayer, dans les cas chroniques, des vésicatoires appliqués à plusieurs reprises sur la tête, et l'emploi quotidien du calomel, mais à la fin le seul soulagement s'obtient par les opiacés. — Les enfants sujets à l'hydrocéphale tombent parfois, pendant quelques secondes, dans un état d'insensibilité, sans aucun spasme, ou bien il est léger. On détourne souvent le danger par les purgatifs et en entretenant un exutoire sur la couronne de la tête.

Le trismus nascentium n'est pas une maladie très-fréquente dans ce pays, mais elle n'est pas rare dans les climats chauds. Il fait son apparition dans la première quinzaine de la vie, rarement avant le sixième jour. Quelques auteurs ont supposé qu'il était lié à un état de constipation; d'autres, au détachement du cordon ombilical et à l'état de l'ombilic (1). Dans quelques cas, le spasme est limité à la mâchoire, qui est rigide et fermée; dans d'autres, il s'étend jusqu'au cou ou jusqu'au tronc qui est raide et plié en arrière. La maladie est mortelle, quoiqu'on ait essayé les bains chauds et froids, les opiacés, les purgatifs et les vésicatoires. On devra examiner l'état de l'ombilic et appliquer un pansement convenable de manière à éviter l'irritation. — Après que la période de l'enfance est passée, et pendant le temps destiné à la seconde pousse des dents, les convulsions sont généralement de l'espèce de l'éclampsie; elles attaquent brusquement, le malade pousse des cris perçants comme s'il était épouvanté, puis il tombe dans des convulsions. Quand l'accès est passé, il se porte assez bien. Cela n'indique pas qu'après la puberté il sera sujet à l'épilepsie. On calme les convulsions en examinant l'état des gencives, en ôtant les dents gâtées, en incisant la gencive au-dessus de la molaire qui pousse, mais surtout en tenant le ventre libre, ce qu'il faut faire avec persévérance de la manière la plus efficace. Par là, l'on enlève une cause fréquente d'excitation; mais il ne faut pas borner seulement nos soins aux intestins, il faut encore rechercher s'il n'existe pas quelqu'autre source d'irritation. Vers l'époque de la puberté, cette affection peut survenir chez l'un ou l'autre sexe, à cause de l'irritation qui existe à ce moment, mais elle est principalement fréquente chez les femmes. On devra apporter le plus grand soin à l'état des intestins; et comme dans les autres cas, l'on doit appeler à son aide des médicaments de différente espèce. On a trouvé utiles l'huile de succin, la valériane; les bains de mer et les toniques, tels que le zinc, l'assa-fœtida, ou le camphre donné par la bouche, ou en lavements, ont été aussi de quelque utilité. Lorsque l'éclampsie s'accompagne d'une névralgie faciale, elle a cédé à l'extraction d'une dent gâtée. Lorsque le sang se porte à la tête, surtout dans la première attaque, on devra employer la saignée ou les sangsues. Si ces moyens échouent, on devra établir un exutoire au cou. Mais dans les cas opiniâtres et prolongés, il est survenu généralement des altérations organiques, et le malade devient stupide,

(1) Voir un mémoire par le docteur Bartram (dans les *Trans. du coll. des médecins à Philadelphie*, vol. 1, p. 227), et par le docteur Colles (*Dubl. Hosp. report.*, vol. 1, p. 255).

et cet état est précédé quelquefois d'une perversité morbide dans le caractère. Cette condition du cerveau est plus apte à se montrer, si l'on n'a pas cherché à obtenir de bonne heure des évacuations convenables. La saignée et les purgations, employées à temps, peuvent être d'un avantage signalé pour empêcher les altérations organiques. L'éclampsie survenant lors de la période menstruelle, quoique partageant beaucoup de la nature de l'hystérie, requiert le même traitement. Les convulsions ont été quelquefois causées par un air vicié, et elles ne peuvent, dans ce cas, être guéries qu'en envoyant le malade dans une atmosphère plus salubre. C'est un fait qu'il est bon de se rappeler. Je n'ai pas l'intention d'entrer ici dans plus de détails sur l'épilepsie.

La catalepsie dépend souvent d'une affection de la moelle épinière, et alterne avec les convulsions. Les mêmes médicaments toniques et anti-spasmodiques déjà mentionnés, joints à une surveillance rigoureuse exercée sur les intestins, et à l'application répétée de vésicatoires à la nuque, ou à l'établissement d'un exutoire en cet endroit, seront convenables.

CHAPITRE VIII.

DE LA CHORÉE ET DE LA PARALYSIE.

Les convulsions appelées danse de Saint-Guy attaquent les enfants le plus souvent depuis l'âge de huit ans jusqu'à celui de la puberté. Cette maladie s'annonce par la langueur, du dégoût pour les divertissements de leur âge, par un appétit variable, quelquefois vorace; en général, par une constipation prolongée, accompagnée ordinairement d'une dureté et d'un gonflement de l'abdomen, surtout à la partie inférieure, quoique quelquefois le ventre soit petit et plutôt affaissé que ballonné. Quelquefois il y a une diarrhée, mais les selles n'ont pas un aspect naturel. Ensuite surviennent des grimaces convulsives, des mouvements dans les muscles de la face qui sont suivis par des convulsions plus marquées des muscles des extrémités et du tronc, de sorte que le malade ne peut rester immobile, ni porter une tasse de thé à sa bouche sans la répandre; et ces mouvements, dans différents cas et à diverses périodes, varient beaucoup pour l'étendue et le degré, depuis un simple tremblement jusqu'à une agitation universelle. Il y a un mouvement continuel, et quelquefois, au lieu de tremblements involontaires, le malade a une envie irrésistible de danser, de sauter ou de tourner sur lui-même. Dans quelques cas, les torsions et les contractions naissent évidemment d'un spasme dans les fibres; mais dans d'autres cas, et ils ne sont pas les moins fréquents, elles dépendent d'une paralysie momentanée des muscles antagonistes. Ces mouvements sont souvent presque continuels, même lorsque le malade est endormi; les membres sont en mouvement et le sommeil est très-troublé. Le malade ne marche pas d'un pas sûr, et quelquefois il paraît paralysé, ou le mouvement est très-rapide, et la tête s'agite violemment; le malade conserve sa sensibilité pendant les mouvements convulsifs. A une période plus avancée, il a l'air égaré, les yeux sont ternes, la parole affectée; et, dans quelques cas, c'est même avec difficulté que le malade peut avaler. Puis surviennent la maigreur et un état fébrile.

Cette maladie provient généralement de l'état morbide du canal alimentaire, qui est irrité par des matières âcres et non digérées qui réagissent sur les extrémités des nerfs. La réaction se communique à leurs racines ou à l'encéphale lui-même, et il se produit les mêmes mouvements convulsifs que si le cerveau lui-même était affecté directement. Cette maladie paraît quelquefois dépendre de l'irritation consécutive de la dentition, ou produite par une dent gâtée dont l'extraction a fait disparaître les symptômes morbides. D'autres irritants produisent le même effet; et de là, la chorée est résultée de l'introduction de substances très-salées ou vénéneuses. Mais, indépendamment de l'irritation causée par les matières fécales, l'affection des intestins eux-mêmes, considérés comme des organes capables d'agir par leur influence sympathique sur le système nerveux, particulièrement sur l'origine des nerfs spinaux, peut produire cette maladie. — La chorée peut aussi être causée par une irritation directe du cerveau, à la suite de tumeurs ou d'une altération de tissu dans quelque partie de cet organe. Dans ce cas-là, elle se termine par l'hydrocéphale. J'ai vu la cécité et la vision alterner l'une avec l'autre tous les jours pendant un temps

considérable. La chorée dépend aussi d'une grande congestion ou d'une inflammation de l'enveloppe de la moelle ou des nerfs principaux.

On a essayé une foule de remèdes contre cette maladie, mais aucuns ne réussissent avec autant d'avantage que les purgatifs qui ont été prescrits avec les plus heureux résultats par Camper (1), Sydenham et Hamilton. Si on les donne de bonne heure et avant que la maladie ne soit entièrement développée, ils soulageront très-efficacement le malade, et à cette époque, il faut qu'ils soient doux et répétés autant de fois que l'état des intestins peut le requérir. Mais quand la maladie est confirmée, des purgatifs énergiques, comme l'observe M. Hamilton, devront être donnés à des doses répétées, de manière que la dernière puisse continuer l'effet de la première jusqu'à ce que le mouvement et l'expulsion des matières accumulées soient effectués, et alors paraîtront les signes du rétablissement de la santé. Le calomel et le jalap sont utiles dans cette maladie, et le docteur Hamilton est dans l'habitude d'employer les pilules aloétiques les jours où ceux-là ne sont pas prescrits, ce qui est une pratique utile lorsque le malade peut avaler des pilules. Je suis conduit, d'après ma propre expérience, à partager l'opinion du docteur Hamilton dans l'emploi des pilules aloétiques qui doivent être données tous les jours en nombre suffisant pour produire un effet complet. On pourra de temps à autre leur substituer l'infusion de séné, seule ou avec addition du sulfate de magnésie. Le docteur Underwood recommande les purgations aloétiques et mercurielles. Par ces moyens, on guérit peut-être la chorée dans l'espace de quinze jours, ou, dans les cas rebelles, dans l'espace de deux mois, à moins qu'il n'y ait une maladie organique. Les garçons sont, dit-on, plus vite guéris que les petites filles. S'il ne survient pas de suite de grandes améliorations, il ne faut pas pour cela se décourager, mais continuer la méthode purgative pendant plusieurs semaines; mais c'est une grande erreur que de supposer que les purgatifs puissent infailliblement guérir la maladie. L'expulsion de matières irritantes, et plus particulièrement la stimulation des fonctions du canal alimentaire sont essentielles pour la guérison, mais elles ne peuvent toujours seules l'effectuer. Dans les cas rebelles, il faut s'aider des toniques, de l'arsenic, du nitrate d'argent, du carbonate de fer et des autres médicaments que l'on employait auparavant pour guérir les convulsions; mais parmi tous ceux-ci, j'accorderai la préférence aux pilules de cuivre, ou bien l'on peut prescrire à moindre dose le sulfate de cuivre. Si le malade n'est pas très-fort, on devra donner une pilule deux fois par jour, si les intestins peuvent les supporter. Le sulfate de zinc est aussi un médicament très-utile. Les aliments devront être légers et nourrissants, et le malade prendra un exercice convenable en plein air. Si les autres moyens échouent, on frictionnera la tête et l'épine dorsale avec un onguent émétisé que l'on a trouvé utile, ou on appliquera des vésicatoires. Il y a une variété de chorée dans laquelle le malade, qui est généralement du sexe féminin, éprouve des tressaillements et une contraction convulsive dans les muscles, particulièrement après avoir mangé, elles sont quelquefois accompagnées d'une douleur dans la région de l'estomac. Quand cet état a duré pendant quelque temps, la malade est prise d'un accès plus aigu, de spasmes généraux, et tout le corps paraît, au toucher, dans un état de crampe. La face est colorée, le pouls fréquent, la malade sent une grande pesanteur à la tête, mais elle ne perd pas le sentiment. Cette affection tient un peu de la nature d'une maladie spasmodique

(1) « Après avoir fait la description des nerfs, j'arrive maintenant aux symptômes qui s'expliquent aisément par le rapport des nerfs. Je commencerai par le tremblement des pieds qui est fréquent dans les cas d'hystérie; mais je devrais en premier lieu mentionner que les terribles symptômes de l'hystérie que l'on remarque tous les jours, soit dans des parties individuelles, soit dans tout le corps, dépendent entièrement de l'accumulation de matières âcres dans les premières voies, car la fétidité insupportable, la diminution, l'aspect extraordinaire des forces nous annoncent toujours l'approche d'un accès de frissons et de convulsions. Ne devrait-on pas prescrire les purgatifs et même les drastiques? Ils pourraient guérir probablement la fausse épilepsie, la danse de St-Guy et les autres maladies spasmodiques, jusqu'à présent regardées comme incurables par les médecins. » (Camper, *Sur le bassin*, chap. III, sect. 7.)

opiniâtre, dont il a été parlé dans le chapitre VI, et elle peut attaquer ceux qui sont depuis peu revenus de cette maladie. Le paroxysme aigu, que l'on peut prendre pour un accès ordinaire d'hystérie, requiert l'emploi instantané de la saignée et l'application d'un vésicatoire au cou; ensuite on suivra scrupuleusement le traitement de la chorée. Un doux traitement mercuriel est quelquefois utile, et on ne doit pas négliger le secours des différents toniques. Les médicaments fétides sont aussi quelquefois avantageux.

Lorsque la chorée se montre chez un enfant appartenant à une famille sujette à l'hydrocéphale, il faudra, si la maladie ne cède pas promptement aux remèdes ordinaires, établir un petit exutoire sur la tête ou au cou, et redoubler d'attention dans l'examen des intestins. — Quelques enfants sont sujets à s'éveiller pendant la nuit en poussant des cris aigus, ou au milieu d'une grande agitation, comme s'ils étaient effrayés. Ceci provient d'un rêve, mais la scène imaginaire continue après que l'enfant est éveillé; il persiste, par exemple, à soutenir que des serpents rampent le long des rideaux. On guérit cette affection en donnant pendant quelque temps, tous les deux jours, un purgatif énergique, et en empêchant l'enfant de trop manger à souper. — Un état de faiblesse, et même de paralysie complète dans l'une des extrémités, soit supérieures, soit inférieures, peut survenir, à la suite d'un mauvais état des voies digestives, et dans ce cas-là les selles sont fétides et le ventre ballonné. Cette affection cède aux purgatifs et aux frictions; mais elle peut aussi provenir d'une légère maladie du cerveau ou de la moelle épinière, quoiqu'on ne puisse découvrir aucun symptôme local, si ce n'est que la tête est plus grosse que d'habitude, mais même alors les yeux sont animés. Quelquefois un bras paraît être paralysé ou faible pendant plusieurs jours, et cependant sous tous les rapports l'enfant jouit d'une bonne santé. Cet état cède généralement aux purgatifs et aux frictions faites avec de l'huile d'ambre. Dans d'autres cas, une jambe est pendant long-temps faible, et l'enfant la traîne un peu. Des médecins ignorants ont pris cette affection pour une maladie de l'articulation de la hanche, quoique la jambe fût exactement la même que celle du côté opposé. Cet état disparaît à la longue et ne requiert que le bain froid et les laxatifs. — Lorsque la paralysie survient comme symptôme saillant, dans la chorée ou dans les suites de cette maladie, les purgatifs énergiques doivent être employés en même temps que le bain chaud, les frictions, les petits vésicatoires sur l'épine, la noix vomique, l'électricité, etc. — Les secousses violentes et involontaires, les sauts ou la danse, que quelques auteurs ont décrits, doivent être rapportés à la même cause que la chorée. Il n'est pas facile de trouver le remède, mais la maladie quelquefois cesse tout-à-coup sans aucune cause très-marquée (1).

CHAPITRE IX.

DU CROUP.

Quelques auteurs ont divisé le croup en deux espèces, l'inflammatoire et le spasmodique, ou plutôt le paralytique; mais il n'y a pas peut-être d'exemples de croup dans lequel l'action musculaire ne soit pas intéressée; seulement, dans quelques cas, les symptômes inflammatoires sont plus saillants que dans d'autres. Le croup s'annonce par le frisson et par les autres symptômes de la fièvre, qui, lorsque l'enfant est assez âgé, peuvent être très-bien décrits par lui; mais chez les enfants au berceau, on les reconnaît à la soif, à l'agitation, aux tressaillements, à la chaleur de la peau, et aux envies de vomir. En même temps que ces symptômes, mais quelquefois même un jour ou deux avant, l'enfant a une toux sèche et rauque. Cependant l'attaque est souvent très-soudaine, et l'indisposition préalable est courte et à peine sensible. La maladie locale se manifeste par une difficulté de respirer, accompagnée d'un sifflement; la voix est perçante, la toux a un son très-particulier, ressemblant un peu à l'aboiement d'un petit chien, d'autres auteurs disent qu'elle ressemble au bruit que produirait l'enfant en toussant dans une trompette. La toux rauque et aboyante est du reste beaucoup moins importante que le symptôme de la difficulté de respirer. Il n'est pas rare que

---

(1) Un cas, qui s'est présenté dans cette ville, est décrit par le docteur Watt, *Med. chir. trans.*, vol. II, et un autre par M. Wood, *ibid.*, VII, 337.

les vomissements accompagnent cette toux dans la première période. Le pouls d'abord est fréquent, le malade est agité et inquiet, la face est colorée, les yeux souvent aqueux et enflammés, et la bouche est fréquemment remplie d'une salive ou d'une pituite visqueuse. Bientôt après, surtout dans les cas où la face est très-colorée, il survient un assoupissement considérable, d'où l'enfant est tiré fréquemment par la toux et par des accès de suffocation et d'une grande agitation; car cette maladie a ses exacerbations pendant lesquelles, à la respiration pénible et sonore, succède un violent effort, et alors l'enfant fait entendre un croassement, et s'il est assez âgé, il salive, saisit l'objet le plus proche, et regarde d'un air très-effaré. Si la maladie est plus douce, la face, pendant la rémission, est pâle; autrement elle est colorée, et avant la mort elle prend une couleur bleue et pourpre, tandis que les lèvres deviennent livides; dans la première période, elles peuvent être plutôt pâles. Si la maladie ne se termine pas rapidement par la mort, la face et les lèvres deviennent tuméfiées pendant le cours de l'affection. Les convulsions succèdent quelquefois à la toux, et dans la plupart des cas, il survient un coma plus ou moins grand, qui est une cause qui fait que le sang qui circule dans le cerveau n'est point suffisamment hématosé.

La durée de la maladie est variable; dans quelques cas, elle devient mortelle en quelques heures; dans d'autres, ce n'est qu'après une semaine, mais le plus souvent c'est dans l'espace de deux jours. Cela dépend beaucoup du degré de l'inflammation, de la violence du spasme, et de la force ainsi que de la constitution de l'enfant. Quelquefois il y a plus de spasme que d'inflammation; dans ce cas, la fièvre est moins forte, la dispnée moins permanente, la toux moins fréquente; mais les accès de suffocation ne sont pas plus bénins. Cela dépend beaucoup aussi du degré de l'affection cérébrale, qui suffit par elle-même pour causer de la fièvre, et, comme je l'observerai plus tard, pour produire une inflammation du larynx. Les cas les plus heureux sont ceux dans lesquels la respiration est moins sonore, la fièvre moins forte, la toux accompagnée de bonne heure d'expectoration, dans lesquels les symptômes paraissent dans des moments devenir si légers, qu'ils constituent une intermission, et où il n'y a aucune marque de maladie cérébrale, qui est plus intimement liée avec la respiration spasmodique qu'un grand nombre de médecins ne le supposent. — A la dissection, on a toujours trouvé dans l'intérieur du larynx une exsudation ou une couche de substance fibrineuse que le malade expectore en portion considérable. Cette sécrétion, quoiqu'elle ajoute beaucoup au danger et à l'intensité de la maladie, ne doit point être regardée comme en étant la cause, car c'est simplement l'effet de l'inflammation qui, jointe au spasme, peut produire tous les symptômes sans l'assistance des fausses membranes, ce qui devient évident lorsqu'on observe que l'exsudation n'est souvent que partielle, et qu'elle ne consiste quelquefois qu'en une couche très-mince d'une substance molle et muco-purulente en apparence, tandis que l'on trouve toujours la membrane rouge et enflammée ou altérée dans sa structure. Souvent le siége principal de la maladie se trouve vers l'épiglotte à l'entrée et au sommet du larynx, et l'obstruction principale paraît provenir du gonflement de la membrane de la glotte; celle-ci et les parties situées plus bas sont recouvertes aussi de fausses membranes. Si la maladie ne se termine pas promptement par la mort, on trouve les poumons enflammés quoiqu'il n'y ait eu aucune douleur dans la poitrine (1). On a proposé le stéthoscope pour constater l'existence de cet état des poumons.

La cause la plus fréquente de la production immédiate du croup inflammatoire, c'est l'application du froid et de l'humidité; mais il est très-souvent la conséquence de ce qu'on a appelé la forme spasmodique, qui naît de causes différentes. Les enfants au-dessous de six mois ne sont pas souvent atteints du croup, et je n'ai jamais connu un seul enfant qui en ait été affecté immédiatement après la naissance. Les enfants qui viennent d'être sevrés y sont particulièrement sujets. Le plus grand nombre de cas arrivent chez ceux qui ont moins d'un an, et, quoique des circonstances

(1) On trouvera dans l'ouvrage de Schwilgué un assez bon résumé des symptômes, des causes et du traitement de cette maladie jusqu'à l'année 1808. (Voy. aussi les observations de Lobstein dans les *Mém. de la soc. méd. d'Emul.*, t. VIII, p. 500.)

particulières puissent dans certaines familles et dans certains mois modifier la règle, cependant en général les petits garçons y sont plus exposés que les petites filles. Autant que l'on peut compter sur les registres de cette ville, pour le nombre de cas mortels, il paraîtrait que sur 233 morts, il y eut 84 enfants au-dessous d'un an, 78 entre la première et la seconde année, 51 entre quatre et cinq ans, et 20 entre cinq et dix ans. Quoique l'on eût pu présumer que le croup fût plus fréquent en hiver, cependant dans une table le plus grand nombre des morts se trouve après le mois de janvier, dans le mois de juin. D'après la nature de la maladie, il est évident que la saignée est le remède convenable, et ma grande expérience m'a convaincu que c'était le seul sur lequel on pût compter. Dans ce cas-là, il y a deux faits cependant que je désire inculquer dans l'esprit du lecteur : l'un, c'est que la saignée n'est utile que dans le début de la maladie, car si l'on attend que les symptômes deviennent intenses, et surtout qu'ils se soient montrés depuis plusieurs heures, elle ne fait qu'augmenter la suffocation et hâter la mort ; l'autre, c'est que le sang doit être tiré tout d'un coup par le bras au moyen de la lancette et non par des sangsues. Je ne prétends pas affirmer que des sangsues appliquées sur le gosier ne sont d'aucune utilité, et par conséquent quand on ne peut ouvrir la veine c'est la pratique qu'il faut suivre; mais je puis dire hardiment que des sangsues appliquées sur une partie éloignée, comme par exemple au pied, sont plus nuisibles qu'utiles, et que le médecin qui conseille cette application ou qui y consent est coupable d'un grand crime. Dans une maladie aussi formidable que le croup, il ne faut pas s'attendre que tout remède réussira uniformément, et par conséquent je ne suis pas étonné que la saignée ait subi une défaveur, mais je voudrais que le médecin expérimenté me dise quel est le remède qui ait été plus utile ou qui ait mérité davantage sa confiance.

Quelques auteurs ont recommandé fortement les émétiques tandis que d'autres ont ajouté peu de foi à leur utilité. J'en ai tiré un bon parti lorsque je les employais de bonne heure, et je conseillerai de les prescrire dans tous les cas; même à une période avancée de la maladie, les émétiques font quelquefois du bien, en paraissant ôter mécaniquement quelques exsudations; mais cela est très-rare, et leur principale utilité consiste dans leur action sur la huitième paire, et par conséquent ils sont utiles principalement dans la première période de ce qu'on a appelé le croup spasmodique. La décoction de senéka et les préparations de scille ont été employées pour favoriser l'expectoration des fausses membranes, mais elles ne sont pas aussi bonnes que les émétiques pour remplir cette intention. — Un grand nombre de médecins se sont reposés exclusivement sur les anti-spasmodiques, mais je crois que leur administration doit être limitée à une maladie différente dont je parlerai plus tard.

L'application de vésicatoires au gosier, quoique rarement utile, ne doit cependant pas être rejetée absolument; ils augmentent considérablement l'irritation et ils ne font pas de bien; ils occasionnent un mal réel en épuisant l'enfant. Si les autres moyens, particulièrement la saignée, n'apportent pas un soulagement immédiat, on devra appliquer de suite un vésicatoire, ou point du tout, et on ne devra pas le laisser plus de quatre ou cinq heures : il ne peut qu'être nuisible sur la fin de la maladie, et, même dans le début, je n'y aurais pas une entière confiance. Le docteur Lehman conseille l'application d'une éponge imbibée d'eau chaude sur le gosier dès la première apparition du croup; le bain chaud est utile dans les cas légers. L'affusion d'eau froide sur le corps a été conseillée par un médecin russe; je l'ai essayée sans occasionner aucun mal évident; certainement elle ne fit aucun bien. — Le calomel paraîtrait dans quelques cas être un remède puissant contre cette maladie; je ne le recommande pas cependant à l'exclusion des autres remèdes avec lesquels il n'est point incompatible et dont il est en général l'auxiliaire. Il est très-probable qu'il fera du bien si on le donne de bonne heure dans cette espèce très fréquente du croup qui paraît devoir son origine immédiate à un état morbide de la huitième paire, et que je décrirai bientôt sous le nom de croup spasmodique. La saignée pratiquée de bonne heure, suivie d'un émétique et de l'emploi du calomel, présentera les plus grandes chances de sauver le malade; mais je me crois obligé de dire que dans quelques cas on n'obtint aucun soulagement par les autres remèdes, excepté par le calomel, et dans d'autres il fut employé seul et avec succès. A un enfant âgé de six mois on

pourra donner toutes les heures un grain et demi de calomel jusqu'à ce qu'il purge copieusement; à un enfant d'un an, deux grains; et, depuis un an jusqu'à quatre, on pourra donner même quatre grains toutes les heures jusqu'à ce que les intestins soient affectés et que l'enfant évacue copieusement ou qu'il vomisse à plusieurs reprises. Les selles ont généralement une couleur verte, et leur expulsion s'accompagne ordinairement d'une diminution dans les symptômes. Quand on fait cette remarque, il faudra répéter moins souvent la dose, peut-être une seule fois toutes les deux heures, puis plus rarement, et enfin cesser le médicament. Si l'enfant avait été considérablement affaibli, soit par la maladie, soit par la médecine, il faudrait ensuite réparer avec soin ses forces par la nourriture et les cordiaux. On est surpris de voir la quantité de calomel qui est quelquefois prise sans affecter les intestins ni purger ensuite violemment. On a donné dans cette maladie jusqu'à plus de cent grains de calomel, et souvent jusqu'à 50 ou 60 grains; mais de nos jours on atteint rarement, pour ne pas dire jamais, cette dose. La salivation n'est point produite chez les enfants.

Le docteur James Hamilton junior, praticien d'une grande expérience, à qui nous sommes redevables de l'introduction dans ce pays de l'emploi du calomel contre le croup, d'après la pratique du docteur Rush, n'est pas d'avis de saigner largement les enfants dans leurs maladies, à cause des effets débilitants qui peuvent en résulter, et dans le croup il commence d'abord par le calomel, après avoir employé le bain chaud; il observe que dans tous les cas, qui s'élèvent aujourd'hui à plus de quarante, où il l'a employé avant l'apparition de la lividité des paupières, et des autres signes de la mort, il a complètement réussi à guérir la maladie et à prévenir tout retentissement sur la constitution de l'enfant. Il ajoute qu'il a par-devant lui deux cas dans lesquels, quoique le croup fût guéri, le malade succomba de faiblesse, et par conséquent il a raison de conseiller d'arrêter le calomel chaque fois que les symptômes commencent à céder. Le soulagement dans le véritable croup suit l'évacuation de matières noires et vertes ressemblant à des épinards bouillis. Dans le croup spasmodique, il a lieu chaque fois que les vomissements paraissent. Lorsqu'il y a eu une grande faiblesse de produite, le docteur Hamilton, en même temps qu'il donne des cordiaux, applique un vésicatoire sur la poitrine. J'ai une bonne opinion de l'emploi du calomel, mais je ne puis nullement en parler en des termes aussi forts que le docteur Hamilton lui-même. Lorsqu'il est employé de bonne heure, en temps opportun et exclusivement, et qu'il expulse des fèces vertes, il a échoué souvent, et je prie le lecteur de ne pas y compter exclusivement. En même temps je dois ajouter que dans un ou deux cas, je l'ai vu rétablir le malade dans des circonstances très-désespérées, même sans procurer des selles; et même lorsqu'après avoir donné une grande quantité de calomel, on avait obtenu une guérison, il était nécessaire d'ouvrir les voies intestinales par des lavements. Chez les enfants qui sont assez âgés pour exprimer leurs sentiments, l'on trouve généralement que le soulagement n'a lieu que lorsque le médicament cause des tranchées ainsi que des évacuations alvines. On n'a pu encore déterminer s'il agissait en calmant réellement l'inflammation, ou surtout, sinon entièrement, en combattant ce principe de la maladie, qui est musculaire ou spasmodique; mais je suis porté à admettre la dernière opinion, vu qu'il n'est pas moins efficace dans la laryngite des adultes. J'en attends les plus heureux résultats, comme je l'ai déjà établi dans la première période du croup, qui dépend d'une affection de la base du cerveau, produite soit directement, soit par l'intermédiaire des intestins. On a associé le calomel à l'ipécacuanha pour produire des vomissements, mais je ne puis dire que j'ai vu cette combinaison procurer plus de bien que ne l'aurait fait l'ipécacuanha tout seul.

Dans les cas autrement désespérés, on a proposé de pratiquer la bronchotomie, et dans certaines circonstances l'opération est justifiée d'après tous les principes de la science et de la prudence. Assurément je ne désire pas qu'on y ait recours trop promptement et de trop bonne heure; mais si l'on n'obtient pas dans le commencement du soulagement par les moyens vigoureux que j'ai conseillés, et surtout s'ils n'ont point été mis en pratique, et si la maladie a marché sans être efficacement arrêtée, nous ne sommes que trop autorisés à dire que la mort doit en être la conséquence. Si cet état de danger provient d'une simple inflammation d'une partie sensible ou vitale, agissant par sympathie sur l'économie, comme

le ferait celle des poumons ou de l'estomac, alors une opération qui ne pourrait l'enlever ne devra produire aucun bien, et ce serait plus que folie que de la proposer ; mais si elle ne naît pas tant de cette source que de l'effet produit sur la respiration et sur les organes qui concourent à cette fonction, alors on peut entretenir quelque espérance que, si l'on pouvait obvier à cet effet immédiat et urgent de la maladie, on pourrait donner du temps pour qu'elle se passât. J'avoue la grande difficulté de déterminer le degré précis de danger qu'il faut assigner, dans un cas quelconque, à l'une ou à l'autre de ces sources de danger, ou à toutes les deux. Mais si la maladie est de très-bonne heure violente ; si les symptômes augmentent rapidement d'intensité, malgré les remèdes que l'on emploie ; si en même temps l'enfant n'est pas déjà assez malade pour faire perdre tout espoir, et s'il est exempt de toute apparence d'affection céphalique et pulmonaire, l'opération, comme la seule et dernière ressource, peut être pratiquée, quoique avec peu de chance de succès. Il ne faut point, lorsqu'on doit y avoir recours, attendre trop long-temps, car le danger est accru par la tendance qui existe vers une inflammation ou une maladie des poumons, et indépendamment de cela par la débilité produite par la continuation de la maladie. On a objecté contre l'opération, qu'il peut y avoir une couche étendue de fibrine, comme une membrane, mais il n'y a point de signes qui nous donnent certitude sur ce point. Dans un grand nombre de cas mortels, on trouve après la mort seulement une couche mince d'une sécrétion molle provenant d'une surface enflammée, avec tuméfaction de la membrane de la glotte. Cependant je détournerai fortement de faire l'essai sur un enfant qui ne pourrait en apparence supporter la violence de la maladie, ni celle de l'opération. Je crois que, toutes choses égales d'ailleurs, la chance du succès est plus grande passé trois ans que plus tôt. Les parents naturellement ont de la répugnance pour l'opération, et les praticiens sont trop souvent effrayés de la responsabilité qu'ils assument. Que ces personnes timides citent l'opinion du docteur Baillie et la conduite des plus grands médecins pour repousser tout reproche s'ils échouent, et par-dessus tout qu'ils se consolent par cette douce réflexion, que s'ils n'ont pas réussi lorsqu'il y avait assez d'espoir pour autoriser l'opération, ils ont du moins fait tout ce que la science pouvait suggérer, et l'art accomplir. Un des premiers succès de la trachéotomie, dans cette maladie, arriva sur un enfant âgé de cinq ans, qui fut opéré par M. André (1). Un autre enfant de deux ans fut opéré par M. Chevalier, dans l'après-dîner du troisième jour, lorsque la saignée et les autres moyens eurent été vainement essayés. Il respirait difficilement, il avait 160 pulsations, son teint était livide, il était couvert d'une sueur froide, et quoique conservant encore sa sensibilité, il était évident qu'il allait périr. Après avoir divisé la trachée, il s'en écoula une once et demie de mucosités colorées et mousseuses. Le lendemain son pouls descendit à 144 pulsations, et le même jour au soir la respiration devint facile. Le troisième jour il expectora quelques mucosités épaisses, et bientôt il se rétablit (2). Dans ce cas-là, l'opération fut assurément différée trop long-temps, si on y avait songé auparavant. Je suis bien loin de faire cette remarque pour jeter un blâme sur l'opérateur qui pratiqua avec tant de bonheur l'opération, lorsqu'il avait si peu de chances ; mais je la fais dans l'espoir que d'autres profiteront de ce cas, et seront encouragés à pratiquer plus tôt l'opération, lorsque les circonstances indiqueront qu'il n'y a pas d'autre alternative que celle de la mort. Je dis franchement que je n'aurais attendu aucun bon résultat d'une opération si long-temps différée et pratiquée au milieu de symptômes aussi alarmants (3).

---

(1) *Med. chir. trans.*, vol. III, p. 335.
(2) *Ibid.*, vol. VI, p. 115.
(3) Lors de la naissance, la trachée a environ un quart de pouce de large. Elle est entièrement recouverte par des corps glanduleux, car les lobes latéraux du corps thyroïde descendent de manière à rencontrer les extrémités supérieures du thymus qui s'étend en haut. A cette époque, la distance du lobe moyen du corps thyroïde au sternum est de trois quarts de pouce. Mais dans cet espace l'on ne peut mettre à nu la trachée qu'en descendant de front entre les prolongements du thymus et du corps thyroïde. L'espace membraneux crico-thyroïdien a un quart de pouce de largeur et un huitième de hauteur. L'ouverture de la glotte a trois sixièmes de pouce de longueur. De la partie postérieure de l'épiglotte à l'extré-

Le croup spasmodique est souvent, mais non nécessairement lié au croup inflammatoire. Il n'y a peut-être pas de cas d'inflammation qui ne soit accompagné d'une affection des muscles du larynx, mais il y a beaucoup de cas de croup spasmodique sans inflammation; cependant s'il dure long-temps, il y a grand risque qu'une inflammation ne survienne, et qu'il ne se forme de fausses membranes. Le croup spasmodique affecte surtout les enfants, mais il peut aussi attaquer les femmes, surtout vers l'âge de la puberté, et les tourmenter ensuite de temps en temps, pendant un grand nombre d'années; il paraît très-brusquement, généralement la nuit, quelquefois pendant plusieurs nuits de suite, surtout si l'enfant est agité, ou si l'esprit de la jeune femme est tourmenté. Le malade respire avec difficulté et avec sifflement, il a une toux sèche et aboyante, avec des accès de suffocation, comme dans le croup inflammatoire. Les extrémités deviennent froides, le pouls pendant le paroxysme est fréquent, mais pendant la rémittence il est plus lent, et si la rémittence se prolonge, il devient naturel, à moins que la fréquence ne soit entretenue par l'agitation. Il y a peu ou point de mucosités visqueuses dans la bouche; il existe un léger assoupissement, mais surtout de l'effroi, et les yeux sont hagards pendant le paroxysme. Le mal est souvent enlevé tout-à-coup pour un moment, par des éternuements, des vomissements ou des éructations. Il diffère donc du croup inflammatoire, en ce que son apparition est plus brusque, en ce qu'il y a d'abord peu de fièvre, mais seulement une fréquence dans le pouls, qui diminue considérablement lorsque l'enfant ne fait plus d'efforts pour respirer, en ce qu'il y a moins de torpeur et peu de mucosités dans la bouche. La toux est moins sifflante, et l'accès disparaît souvent tout-à-coup et complètement, soit de lui-même, ou par l'emploi des médicaments qui agissent promptement. Quelquefois cependant, même chez les adultes, il survient de l'inflammation, et chez les enfants cette maladie si elle est négligée, se convertit presque invariablement en un vrai croup.

Elle est quelquefois produite par l'exposition au froid, et dans ce cas elle est précédée d'un léger mal de gorge ou d'une toux rauque, mais le plus souvent le spasme survient sans aucun symptôme précurseur, et paraît naître quelquefois

---

mité de la fente qui se trouve entre les cartilages aryténoïdes, il y a trois huitièmes de pouce; le diamètre de la trachée est d'un quart de pouce. Les dimensions ne changent pas rapidement. A trois ans, la longueur de la fente entre le cartilage aryténoïde est encore de trois huitièmes de pouce; celle de l'ouverture de la glotte a trois seizièmes de pouce; le diamètre de la trachée à l'extérieur est de sept seizièmes de pouce, à l'intérieur d'un quart. L'espace crico-thyroïdien a transversalement un demi-pouce, perpendiculairement trois seizièmes. De la partie inférieure du corps thyroïde de front jusqu'au sternum, il y a un pouce et demi. Le thymus s'élève à cinq huitièmes de pouce au-dessus du sternum. De la partie inférieure du cartilage cricoïde au sternum, il y a sept huitièmes de pouce. A sept ans, la largeur de la trachée est d'un demi-pouce. L'espace crico-thyroïdien a transversalement trois huitièmes, perpendiculairement trois seizièmes. La longueur de la glotte est d'un quart de pouce. De la base de l'épiglotte à la partie postérieure de la fente qui existe entre les cartilages aryténoïdes, il y a trois huitièmes de pouce. La distance de l'échancrure du cartilage thyroïdien au bord inférieur est de trois huitièmes de pouce. Chez l'adulte, la longueur de la glotte varie depuis cinq huitièmes de pouce à trois quarts. La distance du lobe moyen du corps thyroïde au sternum varie excessivement entre cinq huitièmes et deux pouces. En formant une appréciation des avantages comparés de la laryngotomie et de la trachéotomie, je dirai que la première est certainement plus facile à pratiquer, et que l'ouverture est plus aisément maintenue ouverte. Le volume de la membrane crico-thyroïdienne, comme on l'a vu, présente, si on la divise convenablement, une ouverture aussi large que la glotte; la seule objection qu'il y ait, c'est qu'il est plus probable que nous arriverons sur une partie de la membrano plus malade et plus épaissie que si l'on ouvrait la trachée plus bas. Après trois ans, l'opération de la trachéotomie est plus facile que plus tôt; mais, en somme, je pencherai pour la laryngotomie. Si l'on choisit la première, il faut, après la section des muscles, examiner la situation des corps glanduleux, ainsi que celle des artères, car quelquefois la carotide traverse la trachée à l'endroit où l'on doit pratiquer l'incision. L'artère innominée peut aussi monter très-haut.

directement d'une affection cérébrale à l'origine de la huitième paire, lors de la dentition, ou bien d'une irritation ou d'un trouble occasionné par une affection abdominale. Le nerf récurrent de la huitième paire paraît être souvent principalement affecté; et quand on nomme la maladie spasmodique (1), l'on est probablement dans l'erreur, vu qu'elle consiste pour la plupart des cas, dans une paralysie momentanée de ce nerf, ou du moins dans un trouble de ses fonctions, et le mode d'action des émétiques pourrait avoir lieu en excitant ce nerf. La saignée, d'un autre côté, diminue l'affection cérébrale, ou l'état morbide de l'origine des nerfs. J'ai, dans un chapitre précédent, fait remarquer ce symptôme dans une affection particulière et très-rebelle, dépendant d'un trouble abdominal, et je suis porté à croire que la grande majorité des cas de croup chez les enfans sont d'abord de cette nature, et que l'inflammation n'est qu'un effet. Si l'on pratique la section du nerf récurrent d'un lapin, on produit le croup, et après la mort on trouve le larynx et la trachée enflammés, et parsemés d'une exsudation fibrineuse. L'assoupissement, qui accompagne souvent cette maladie, est dû à cette affection de la base du cerveau qui existe fréquemment, et qui peut devenir mortelle, indépendamment soit de la paralysie laryngée, soit de l'inflammation, et souvent il est causé par un épanchement de sérosité (1). Quelquefois cette maladie est produite, si le malade est plus âgé, par les passions de l'âme. Souvent, chez les personnes qui y sont sujettes, le renouvellement du paroxysme est occasionné par un repas copieux qu'elles ont fait le soir.

Quant au traitement, je rapporterai en peu de mots quel a été le résultat de mes observations. Chez les jeunes filles, la saignée a procuré uniformément du soulagement, le spasme a diminué tout-à-coup d'intensité, et bientôt il a disparu entièrement, après qu'une certaine quantité de sang s'est écoulée. La saignée locale n'a pas le même effet, et, à la vérité, elle est presque inutile. Mais, si le paroxysme venait à se renouveler pendant plusieurs nuits, on ne pourrait employer la saignée contre toutes les attaques, vu qu'elle affaiblit et qu'elle prédispose aux maladies. Les émétiques, tels que le sulfate de zinc ou l'ipécacuanha ont la vertu de calmer et quelquefois d'enlever le paroxysme, mais non de l'arrêter aussi vite, ni aussi subitement, ni aussi complètement que la saignée; ils affaiblissent moins, cependant, et par conséquent ils peuvent être répétés plus souvent. Dans cette espèce, et au commencement du croup inflammatoire, ils agissent probablement par l'intermédiaire de la huitième paire de nerfs ou du nerf récurrent, qui est très-affecté; mais quelquefois l'accès, quoique enrayé pendant leur action, revient ensuite; et, dans ces cas-là, il a cédé à la saignée. Lorsque l'émétique a mis beaucoup de temps à opérer parce que l'estomac n'est

(1) Je conserve le nom de croup spasmodique, parce qu'il est généralement reçu, et qu'il est probable que le spasme peut, dans certains cas, en être la cause. C'est cependant une erreur que l'on commet souvent que de regarder la contraction d'un certain nombre de muscles produite par la torpeur et la paralysie de leurs antagonistes comme un spasme; et c'est souvent cette espèce de contraction qui a lieu dans le croup et qui occasionne sans doute les mêmes sensations et les mêmes effets que le spasme. L'inaction des deux sortes de muscles autour de la glotte produirait le même effet. Lorsque les deux nerfs récurrents sont coupés, la glotte se ferme et l'animal meurt. Dans mes leçons, j'ai simulé cette maladie en faisant la section, chez le lapin, des nerfs pneumogastriques ou de leurs rameaux récurrents. Cependant, je suis disposé à reconnaître que dans certains cas le nerf qui se rend aux muscles constricteurs peut être irrité, et que ces muscles se contractent anormalement. Mais je crois ces cas-là rares, d'après ce que j'ai établi au commencement du chap. v. On comprendra aisément comment le même organe peut être en partie affaibli ou paralysé, en partie irrité.

(1) C'est avec plaisir que je renvoie le lecteur à une dissection précieuse publiée par le docteur Monro, dans son *Traité sur l'anatomie morbide du cerveau*, vol. 1, p. 76. Tous les nerfs à leur origine étaient à l'état sain, excepté la cinquième et la huitième paire qui étaient d'un pourpre foncé, et il y avait un épanchement dans le canal rachidien. Tout le cordon de la moëlle était affecté; la portion cervicale était vermeille, la lombaire d'un rouge sombre; la huitième paire était d'un rouge foncé, ainsi que les rameaux qui se rendaient aux poumons.

point facilement excité, la saignée a déterminé promptement des vomissements et a procuré un soulagement immédiat. Les opiacés et les anti-spasmodiques, tels que l'éther donné à haute dose et au commencement du paroxysme, l'ont quelquefois arrêté, mais ils n'ont pas toujours eu ce résultat; et, si on ne les donne pas de bonne heure, ils sont longtemps avant de procurer du soulagement. Une forte dose d'acide prussique, déterminé d'après l'âge du malade, a quelquefois pu arrêter le paroxysme en produisant une espèce de coma, sans quoi il ne réussit pas; s'il y a une grande excitation du côté de la moelle épinière, j'ai déjà fait remarquer qu'elle pouvait causer un spasme tétanique. Le calomel, dans le croup qui affecte les jeunes filles et les femmes, est hors de ligne; car le paroxysme est si violent, que l'on ne peut ni qu'on ne doit se fier seulement à son action.

On préviendra une rechute en administrant des purgatifs et en évitant l'exposition à l'air froid et humide; et dans l'enfance on apportera une attention minutieuse à l'état des intestins. Lorsqu'il y aura quelque symptôme alarmant, on devra appliquer à la partie postérieure de la tête un vésicatoire dont on entretiendra une partie pendant quelque temps. Lorsque les paroxysmes reviennent toutes les nuits, chez les enfants plus âgés, il y a de fortes raisons pour soupçonner que les intestins ne sont pas à l'état normal. On devra donner l'aloès combiné avec un peu de calomel ou avec une pilule bleue, de manière à agir librement et efficacement; et il ne faut pas renoncer à ce traitement, parce qu'il ne guérit pas immédiatement la maladie. Chez les jeunes filles, des médicaments toniques seuls ou combinés avec l'assa-fœtida ou avec la valériane seront utiles; et, quand les accès auront disparu pendant quelque temps, les bains de mer seront convenables. — Quant aux enfants, l'on réussit généralement en donnant à l'instant un émétique, et ensuite du calomel à haute dose, de manière à produire le mal de cœur ou une forte purgation. Mais, si l'émétique ne calme pas évidemment et immédiatement la maladie, alors, au lieu de compter sur le calomel seul, on fera précéder son emploi de la saignée. J'ai déjà exprimé mon opinion : c'est qu'il est plus probable que le calomel réussira dans ce cas-là que lorsqu'il y a une grande inflammation. On a fortement recommandé l'assa-fœtida (1) dans cette maladie, et ce médicament a quelquefois produit de bons effets. On a préconisé le sulfate de cuivre; mais, quand il a opéré une guérison, il a été donné de manière à produire des vomissements ou il a été précédé de l'emploi des sangsues. Le bain chaud convient aussi. Si l'enfant est à l'époque de la dentition, on devra examiner les gencives; et, si elles sont tuméfiées, les inciser. Si la maladie ne cède pas promptement à ces médicaments, il y a lieu de supposer qu'elle se convertira en d'autres espèces de croup; mais cela regarde plutôt le pronostic que le traitement.

Quelques enfants sont sujets à avoir une légère respiration sifflante pendant un jour ou deux, avec intermission et accompagnée d'une toux rauque, mais sans fissure. Les émétiques, les laxatifs et un large emplâtre de Bourgogne appliqué au dos enlèvent la maladie. — Les enfants, pendant la dentition, sont exposés à des attaques subites de spasmes vers la trachée, produisant un sentiment momentané de suffocation avec un son croupal; mais il n'y a pas de toux rauque. Cette affection peut survenir tout-à-coup la nuit ou au milieu des cris que pousse l'enfant. On la combat en donnant de la teinture d'assa-fœtida, combinée avec celle de jusquiame, et en employant des laxatifs. Le bain chaud est aussi utile. On devra inciser les gencives; et, s'il y a tendance à une rechute, surtout si l'enfant est brûlant, s'il y a de la fréquence dans le pouls, si les paupières sont lourdes, si la face est extrêmement pâle ou rouge, on appliquera des sangsues, puis un vésicatoire derrière la tête. — J'ai parlé, dans le septième chapitre, de la respiration spasmodique compliquée de convulsions. Ce paroxysme subit et peut-être passager du

(1) Le docteur Millar a donné une once de cette gomme résine à un enfant âgé de dix-huit mois dans les vingt-quatre heures, et presque la même quantité sous forme de lavement. Sa formule est la suivante : R. g. assa-fœtida, deux gros; esprit de Mindererus, une once; ap. puleg., trois onces. M. s. a. On donnera toutes les demi-heures une cuillerée à café de cette mixture. (Voy. les observations sur l'asthme, p. 45.) Ce médicament a été aussi préparé comme un mostrum sous le nom du *carminatif de Dalby*, et on l'a employé pour les enfants.

croup spasmodique, demande une surveillance continuelle, vu qu'il prélude souvent à une maladie incurable du cerveau ou de la moelle épinière; et il est beaucoup plus alarmant, s'il se complique ou s'il est suivi de convulsions générales. Il n'est que trop souvent lié à un état inflammatoire ou à un trouble de l'origine des nerfs, qui naissent de la base du cerveau, et ceci démontre le besoin de recourir à un traitement vigoureux. Une prompte saignée générale ou locale est essentielle, puis un purgatif, ensuite un vésicatoire que l'on maintiendra en suppuration pendant quelque temps sur la partie inférieure et postérieure de la tête. On devra régler le régime et le cours du ventre. — Le docteur Ley décrit avec quelque modification cette maladie sous le nom de *laryngismus stridulus*, et il l'attribue à des ganglions cervicaux ou thoraciques hypertrophiés qui comprimeraient le nerf. Son traitement consiste à soigner la santé générale, à employer l'iode, etc. Cette méthode peut, dans quelques cas, être exacte, mais non pas aussi fréquemment qu'on le suppose. L'intelligent docteur Marsh, tout en recommandant d'examiner les gencives, le tube intestinal, etc., prescrit la quinine et l'air de la campagne.

Quelques enfants, dans les premiers mois de leur naissance, ont constamment une respiration sifflante ou sonore sujette à s'exaspérer. Ceci n'indique pas l'existence d'une affection organique; car je l'ai vue céder au changement d'air. Une hypertrophie du thymus peut, non-seulement causer de la dyspnée, mais encore des accès subits et même mortels de suffocation appelés *asthme thymique*. Cette affection a été décrite par les docteurs Hood et Montgomery, et aussi par Kopp et Hirsch. Les sangsues, les vésicatoires et l'iode sont les remèdes ordinaires.

Outre ces affections, qui se terminent d'une manière aiguë, il y en a d'autres qui produisent des effets plus lents. Les parties environnant le larynx s'enflamment, et cela peut sans doute causer une mort rapide par la suffocation; mais, dans d'autres cas, la nécrose des cartilages, ou des abcès ou des ulcérations peuvent se montrer, et la personne tomber dans la maladie appelée phthisie laryngée. On la préviendra dès le début par un traitement anti-phlogistique énergique; mais lorsqu'elle a pris place, si les exutoires n'apportent point de soulagement, on n'aura plus qu'à examiner les chances probables de la laryngotomie.

L'œdème de la glotte décrit par feu M. Bayle (1) n'est qu'une simple laryngite accompagnée d'un épanchement séreux.

CHAPITRE X.

DE LA COQUELUCHE.

La toux convulsive (2) commence comme un rhume ordinaire : l'enfant tousse fréquemment, et il a plus ou moins de fièvre. Dans quelques cas, la fièvre est légère, disparaissant dans l'espace d'une semaine; dans d'autres elle est très-intense et dure long-temps, s'accompagnant d'une grande oppression, ou de maux de cœur et de perte d'appétit. Je crois que cette fièvre peut quelquefois être strictement et essentiellement liée à l'affection spéciale appelée toux convulsive, mais à un degré alarmant; je crains qu'elle ne dépende beaucoup d'un état inflammatoire du poumon. La toux survient généralement d'une manière très-brusque, et quelquefois elle est accompagnée de bonne heure de cette inspiration sonore et spasmodique appelée croupale; dans d'autres cas, elle ne dure pas long-temps, et on regarde cela comme une circonstance favorable, mais il n'en est pas toujours ainsi, car chez les jeunes enfants, la mort peut arriver, quoique la maladie n'ait jamais été entièrement formée. Les accès sont généralement très-fréquents et très-intenses pendant la nuit. Quand la toux se forme, le paroxysme consiste en un certain nombre d'expirations courtes qui se suivent de très-près, de manière à produire un sentiment de suffocation, que soulage à la fin pour un moment une inspiration forte, pleine et croupale. Puis la toux ou les expirations spasmodiques recommence, et le paroxysme, qui consiste en

---

(1) Voyez *Journal général*, avril 1819.

(2) On suppose que cette maladie a été pour la première fois remarquée en France en 1414, et qu'elle a reçu le nom de *coqueluche*, parce qu'on croyait qu'un coqueluchon était utile pour tenir la tête chaude. Sauvages, qui l'appelle *Tussis convulsiva seu ferina*, dit qu'elle vient par accès appelés *quintæ*, du vieux mot français quinte, qui signifie une forte toux.

ces deux parties, continue jusqu'à ce qu'une certaine quantité de pituite soit expectorée ou vomie, seule ou avec ce que peut contenir l'estomac, et cela termine la quinte. Les expirations ont le son de celles d'un rhume ordinaire, mais elles sont plus rapides et fréquemment répétées, comme dans un éclat de rire. Quelquefois le son est plus bas, et la toux ressemble aux cris répétés d'un singe. Ces paroxysmes varient pour la fréquence et la durée : quelquefois ils sont légers, d'autres fois et surtout pendant la nuit, ils sont accompagnés d'une sensation très-douloureuse et d'une apparence de suffocation. La face devient gonflée et pourpre; la sueur ruisselle de tous côtés, et le sang jaillit du nez et des autres parties. Les extrémités deviennent froides pendant la quinte, et tout le corps est très-agité. Mais, quelque intenses que soient les paroxysmes, si la maladie ne s'accompagne pas de fièvre, le malade paraît se trouver bien après la quinte, et il commence à manger avec un nouvel appétit. Un accès de pleurs, même après que la maladie n'existe plus en apparence, provoque la toux. Les traits restent souvent tuméfiés pendant un temps considérable.

La coqueluche est très-dangereuse pour les enfants, vu que souvent ils meurent subitement dans un accès de suffocation. Les enfants plus âgés ont plus de chances d'échapper à la maladie, quoiqu'ils succombent quelquefois à la fièvre qui persiste, ou à une anasarque qui survient avec épuisement. Quelquefois, les poumons deviennent malades, et il se produit une fièvre hectique ou une péripneumonie, ou un œdème des poumons, ou une rupture de quelques cellules aériennes, ou bien un emphysème. Il peut survenir aussi des convulsions qui enlèvent l'enfant. Elles peuvent précéder la quinte de toux, et l'accompagner pendant quelque temps, puis laisser la toux entièrement maîtresse de l'enfant, ou bien celle-ci commence la première, et presque immédiatement après les convulsions se montrent, qui suspendent la toux, ou bien la respiration est arrêtée, et la mort arrive. Quand la face et les extrémités sont gonflées, le danger est très-grand, et les enfants scrofuleux souffrent le plus. Il y a une liaison intime entre cette toux et l'état du cerveau et de la moelle épinière, et quelquefois une coqueluche mal formée se termine par une toux spasmodique opiniâtre qui a été déjà décrite.

Le danger naît de différentes sources. La fièvre peut épuiser l'enfant sans qu'il y ait eu une forte toux; l'inflammation des poumons ou la sécrétion de mucosités à la suite d'une bronchite, peut le faire périr, ou bien il peut se former du pus, et une fièvre hectique s'établir, ou bien il peut survenir une maladie de l'encéphale et des convulsions, ou enfin l'enfant peut être suffoqué.

Généralement parlant, la principale source de danger provient de l'inflammation des poumons ou des bronches. Après la mort, on trouve la membrane qui tapisse ces derniers rouge, et les ramifications remplies de mucosités. Les poumons sont engorgés et infiltrés. Le cerveau paraît être affecté d'une manière secondaire. Les vaisseaux peuvent être congestionnés, ou même on peut trouver un épanchement, mais l'encéphale souffre aussi, parce que le sang n'est pas parfaitement hématosé, et cela ne produit pas nécessairement une lésion visible à la dissection. La mort peut être par là causée subitement.

On a employé contre cette maladie une foule de remèdes qu'il convient de diviser en ceux qui sont destinés à combattre la fièvre, et ceux que l'on donne pour calmer la toux. On a recommandé la saignée pour remplir la première indication, mais elle est rarement nécessaire, et ce n'est que lorsque le malade est pléthorique, et que l'on craint que quelque vaisseau ne se rompe dans les poumons, à cause de la violence de la toux, ou lorsqu'il y a des symptômes d'inflammation. Les sangsues peuvent, dans ces circonstances, être appliquées sur la poitrine, mais cette pratique ne doit être considérée que comme un moyen d'ôter une complication partielle. Les médicaments les plus généralement utiles sont les laxatifs et le julep salin, qui souvent dans l'espace de quelques jours calment beaucoup la fièvre. Le bain tiède est utile, et s'il y a beaucoup d'irritation et d'agitation, la jusquiame fait quelquefois du bien. Le régime devra être doux.

Pour calmer la toux, rien n'est aussi utile que de doux émétiques; on les a donnés à des doses telles que les vomissements soient facilement provoqués par la toux; mais en général, une bonne dose d'ipécacuanha sera aussi efficace et moins fatigante. D'abord on devra répéter fréquemment l'émétique, surtout pour les enfants, une fois par jour, ou tous les deux jours, selon les circonstances, et

cette répétition n'est nullement dangereuse. Un grand nombre de praticiens ont vanté beaucoup l'antimoine, mais il est plus sujet à affaiblir l'estomac, et chez de très-jeunes enfants, il produit quelquefois des effets violents. Les substances stimulantes, telles qu'une combinaison de savon, de camphre et d'huile de térébenthine, ou les sucs d'ail, l'huile d'ambre, celle du thym, etc., employés en friction, particulièrement à la portion cervicale de la moelle, de manière à rendre la peau plus sensible, produisent de bons effets. Des frictions opiacées, faites sur le thorax, conviennent aussi, et des applications stimulantes sur la plante du pied ont réussi certainement dans quelques cas. Les anti-spasmodiques, tels que l'assa-fœtida, l'huile de succin, le musc, etc., ont été recommandés, et dans quelques cas, ils ont fait du bien. Le docteur Willan dit avoir trouvé l'infusion aqueuse d'opium plus utile que tout autre narcotique. Quand la maladie se prolonge, la ciguë a été recommandée, mais elle ne paraît avoir aucun avantage sur l'opium ou sur la jusquiame. On l'a aussi appliquée à l'extérieur. L'acide prussique, donné trois fois par jour à petites doses, c'est-à-dire à doses telles qu'elles ne produisaient aucun effet violent ou sensible, a été préconisé, mais quoique je l'aie vu quelquefois réussir, on ne peut s'y fier. La laitue vireuse et la belladone ont été aussi employées. Le remède le plus efficace cependant, c'est le changement d'air, qui quelquefois produit un effet marqué sur la maladie en quelques heures. Quand le malade devient agité ou qu'il a de la fièvre et qu'il tousse davantage, on devra encore le changer de place. La nourriture devra être légère.

S'il y a une douleur fixe dans la poitrine, de la difficulté à respirer et de la fièvre, indiquant une inflammation, la saignée ou les sangsues, suivant l'âge de l'enfant, les circonstances de la maladie, seront absolument nécessaires; les vésicatoires, dans ce cas-là, sont utiles, mais une fois pour toutes, je ferai observer qu'il ne faut jamais les employer avec témérité dans les maladies des enfants, ni les répéter, s'ils ne font pas d'abord du bien, car, à l'exception de ceux qui sont appliqués sur la tête, ils produisent généralement beaucoup d'irritation, et une faiblesse consécutive. On ne devra pas les entretenir aussi long-temps sur un enfant que sur un adulte, et même on devra les préparer avec une petite proportion de mouches cantharides. La douleur produite seulement par la violence de la toux, se calmant ou disparaissant quelquefois entièrement, ayant généralement son siége à la partie supérieure du sternum, est calmée par les remèdes qui soulagent la toux. Si la fièvre est le symptôme saillant, je conseillerai le julep salin, seul ou avec une petite quantité de teinture opiacée et d'ipécacuanha, les laxatifs, les sangsues, s'il y a de la douleur, et, si le temps le permet, le changement d'air.

Quand les paroxysmes ont été très-intenses, lorsque la respiration est oppressée, les joues livides et le pouls très-faible, quelques enfants ont été sauvés par l'application de sangsues à la poitrine, par des vésicatoires, et par de petites doses de la poudre composée d'ipécacuanha et de diurétiques. — Quand le malade est menacé d'une fièvre hectique, qu'il devient maigre et faible, rien ne réussit mieux que l'air de la campagne et la diète lactée, en même temps que l'on tiendra le cours du ventre libre. On appliquera, s'il y a une douleur fixe et de la dyspnée, de petits vésicatoires sur la poitrine. S'il existe de l'anasarque avec gonflement, la digitale, associée à la scille et aux cordiaux, sera utile, mais on ne devra jamais donner la digitale au point de produire de la faiblesse, ni persister dans son administration, si elle n'agit pas sur les reins.

Les convulsions qui accompagnent les quintes de toux sont très-alarmantes, et peuvent enlever tout-à-coup l'enfant, surtout s'il est très-jeune. Elles dépendent généralement d'une turgescence des vaisseaux cérébraux, et par conséquent, à moins que l'enfant n'ait été préalablement très-affaibli, il faut toujours, dans le premier cas, appliquer des sangsues à la tête, et le nombre dépendra de l'âge et des forces de l'enfant. Ceux qui sont plus âgés et plus robustes pourront être saignés. On devra ouvrir les voies intestinales, raser la tête, et même y appliquer un petit vésicatoire, si les paroxysmes se répètent. On devra aussi recourir au bain chaud, lorsque les accès se produisent. On devra aussi faire changer d'air au malade. Aussitôt que possible, dans quelques cas, la teinture de jusquiame donnée en mixture, ou des lavements contenant du camphre, paraissent calmer la tendance au spasme, et dans toutes les circonstances il sera conve-

nable de frictionner le dos et le ventre avec un baume anodin.

Si la toux revient après avoir disparu pendant quelque temps, un doux émétique est le meilleur remède. Un changement brusque dans la température du chaud au froid est très-sujet à renouveler la toux; si la figure et les lèvres restent gonflées, de doux laxatifs seront convenables. — L'inflammation des poumons peut être occasionnée par la moindre cause, après la coqueluche, eu égard à la prédisposition occasionnée par cette maladie.

Pendant la durée de l'affection, les aliments devront être légers, mais nourrissants, si le malade est faible; mais on les donnera en petite quantité, si d'un autre côté il est pléthorique et disposé à l'inflammation. Vers la fin de la maladie, les toniques et la quinine sont utiles pour rétablir la santé. — Il y a une toux qui ressemble beaucoup à celle de la coqueluche, et qui donne lieu quelquefois à des craintes, mal fondées, que l'enfant aura cette maladie; ou bien, d'un autre côté, elle peut passer, si elle se prolonge un peu, pour une coqueluche, et dans la suite, si l'enfant est exposé à avoir cette dernière affection, on dit qu'il l'a eue deux fois. Cette espèce de toux a moins l'apparence de suffocation que la coqueluche; les expirations sont moins nombreuses et ne se suivent pas aussi promptement, et l'inspiration ne s'accomplit pas aussi rapidement et avec un son croupal aussi marqué. Elle succède quelquefois à la rougeole, ou elle paraît comme une espèce de grippe : elle cède à l'émétique et aux anodins.

CHAPITRE XI.

DU CATARRHE; DE LA BRONCHITE; DE L'INFLAMMATION DE LA PLÈVRE, DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS CHEZ LES ENFANTS.

Les enfants sont sujets, comme dans le cours de leur vie, au rhume ordinaire ou épidémique; il s'accompagne de fièvre ou d'inquiétude, de rougeur aux joues, d'un écoulement aqueux des paupières, d'une somnolence, d'un pouls fréquent et irrégulier, d'une respiration haletante et courte, avec une toux fréquente qui cependant n'est pas intense. La maladie disparaît ordinairement dans l'espace d'une semaine, par l'emploi de doux purgatifs, d'antimoniaux; et, si la fièvre est considérable, par l'application de sangsues à la poitrine; si l'affection est plus rebelle, on appliquer un petit vésicatoire au sternum. Une toux rauque et croupale est enlevée par un émétique et par un morceau de flanelle porté autour du cou. — La bronchite est loin d'être une maladie rare chez les enfants, mais on la rencontre rarement seule à un haut degré, car les poumons ne tardent pas à être affectés. Elle survient quelquefois bientôt après la naissance; dans d'autres cas il se passe plusieurs semaines. Elle commence par de la fièvre, de la toux et par une sécrétion assez abondante de mucosité et de pituite que, du reste, l'enfant n'expectore pas, mais qu'il avale. La toux est fréquente; mais elle ne l'est pas toujours, et elle survient par quinte. Elle a un son étouffé et un peu rauque, quelquefois même perçant, à cause d'une légère inflammation survenue au sommet de la trachée. Et d'abord la toux est sèche, la respiration est oppressée, précipitée ou bruyante, mais elle ne l'est pas toujours. Les vomissements ne sont pas non plus rares. L'épigastre est souvent distendu, les selles sont généralement mauvaises, la face est pâle et l'enfant a des nausées et de l'oppression; il prend le sein, mais il éprouve du dégoût pour toute nourriture. — Ensuite, si la mort n'est point occasionnée par l'accumulation de la pituite, la sécrétion prend davantage un aspect purulent. La respiration est plus oppressée, le râle est plus fréquent; il y a une certaine stupeur. Les mains, mais surtout les pieds se gonflent un peu, tandis que le corps devient maigre. Les joues sont quelquefois animées le soir, et le pouls, qui était toujours fréquent, le devient davantage et irrégulier. Les quintes de toux sont violentes et s'accompagnent d'une apparence de suffocation, et l'enfant finit par succomber. A l'ouverture du sujet, on trouve les ramifications de la trachée remplies d'une matière puriforme et, dans quelques parties, il y a une tendance vers la formation de tubercules. Les poumons sont quelquefois plus pâles que de coutume; mais, généralement, ils sont plus foncés et plus compactes.

C'est une maladie très-rebelle, mais elle ne devient pas toujours rapidement mortelle; rarement avant une semaine ou dix jours, quelquefois pas avant plusieurs semaines. Les cas moins graves se terminent favorablement dans l'espace

d'une semaine. Dans le commencement la maladie ressemble au catarrhe ordinaire, et requiert le même traitement. On devra donner un doux émétique composé d'ipécacuanha suivi d'un purgatif; et si ces moyens ne soulagent pas évidemment, on devra appliquer immédiatement, pendant quelques heures, un très-petit vésicatoire, jusqu'à ce qu'il rougisse la peau, qui généralement s'élève après que le vésicatoire est ôté. La saignée, ou même les sangsues, ne doivent être employées que dans les cas graves, dans la première période, et chez les enfants qui sont robustes ou qui ont dépassé l'âge de l'enfance. A une période avancée et dans des circonstances diverses, j'ai essayé les émétiques, les vésicatoires, le calomel et les expectorants, mais sans aucun avantage marqué. L'emploi du calomel combiné avec l'ipécacuanha, pour agir tant sur les intestins que sur les poumons, joint à l'application d'un très-petit vésicatoire et à l'air de la campagne, paraît constituer le meilleur traitement. Je crois qu'il est bon de dire que, quoique la maladie de poitrine puisse être légère, cependant le purgatif, par ses effets nauséabonds, surtout l'huile de ricin, a produit une grande anxiété, de la pâleur et d'autres symptômes de danger qui ont tous disparu après que les voies intestinales ont été ouvertes par un lavement qui faisait opérer le purgatif.

L'inflammation de la plèvre est plus fréquente chez les enfants qu'on ne le suppose ordinairement, et, comme la bronchite, elle ne tarde pas à affecter les poumons. La peau est très-chaude, le teint animé, le pouls fréquent, la respiration courte et gênée; il y a une toux qui est exaspérée par les cris, le mouvement et la position horizontale. L'enfant est plus sujet à tousser et est plus mal à son aise quand il est couché sur un côté que sur l'autre. S'il n'est pas soulagé promptement, la respiration devient laborieuse, les extrémités froides, la toux suffocante, accompagnée d'un râle dans la gorge et de stupeur; ou bien le pouls devient irrégulier et intermittent, les extrémités se tuméfient, le teint est terne ou sombre, la respiration difficile, accompagnée d'une petite toux et d'une expectoration écumeuse qui sort en bavant. Quand on examine la poitrine après la mort, on trouve que l'inflammation s'est quelquefois terminée en un hydrothorax, le plus souvent en adhérences et fréquemment en une hépatisation. Cette maladie requiert la saignée ou l'application, dès le commencement, de sangsues au sternum, selon l'âge et la constitution de l'enfant, suivie d'un vésicatoire, de plusieurs doses de calomel et du bain chaud. Les antimoniaux mêlés à un julep salin agréable sont aussi utiles quelquefois; mais on ne doit jamais les administrer de manière à causer un mal de cœur bien marqué. Dans la dernière période les diurétiques conviennent, surtout la combinaison de la scille et de la digitale, tandis que l'on soutiendra les forces de l'enfant en lui donnant le sein et une nourriture légère. Cette maladie se termine quelquefois par abcès et par des crachats purulents accompagnés d'une fièvre hectique; mais beaucoup plus souvent la consomption pulmonaire commence, chez les enfants comme chez les adultes, plus lentement, et est marquée par une petite toux sèche, une coloration de la face, un pouls petit et fréquent, une difficulté de respirer, un épuisement et par des sueurs nocturnes. Les crachats sont généralement avalés; mais quelquefois ils sont rejetés ou vomis, et on trouve qu'ils sont purulents. Il n'y a rarement aucune guérison à espérer dans cet état; tout ce qu'on peut faire c'est d'envoyer l'enfant à la campagne, d'appliquer de petits vésicatoires sur la poitrine, de tenir le cours du ventre dans un état convenable, de donner une mixture contenant de l'opium et des diurétiques, et de soutenir les forces par une nourriture convenable. Si l'expectoration n'est que pituiteuse, quoique les autres symptômes existent, on peut espérer de sauver l'enfant; mais si elle est purulente et que les parents soient phthisiques le danger est beaucoup plus grand. Cet état cependant ne succède pas, en général, à la pleurésie, il est ordinairement produit plus lentement par les tubercules accompagnés d'une hypertrophie des ganglions bronchiques (1). L'inflammation de l'estomac n'est pas une

(1) Quoique cela ne soit pas intimement lié au sujet que je traite actuellement, je puis dire que les cellules bronchiques sont quelquefois très-élargies, et l'enfant tousse en même temps qu'il a une difficulté de respirer. L'air s'échappe et passe de la racine des poumons au médiastin, s'insinuant entre ses couches; et de là au cou, où il produit un emphysème. On devra faire immédiatement des ponctions si l'enflure extérieure cause une grande gêne.

maladie commune de l'enfance, et ce n'est qu'avec une grande attention qu'on la découvre. Il y a une grande fièvre, des vomissements fréquents ; le liquide le plus léger est rejeté bientôt après qu'il a été avalé ; le gosier est d'abord enflammé, puis il se recouvre d'aphthes qui s'étendent jusqu'à la bouche. L'enfant crie beaucoup ; la région de l'estomac est tendue et très-sensible au toucher. Le ventre est ordinairement relâché. Si l'enfant est assez âgé pour décrire ses sensations, il se plaint d'une chaleur ou d'une ardeur vers l'estomac et le gosier. S'il est plus jeune, on reconnaît la maladie en ce qu'il crie sans cesse, qu'il a de la fièvre, de la soif, qu'il vomit constamment et que ses cris augmentent quand on presse sur l'abdomen. Il n'est pas nécessaire d'être trop minutieux pour établir une distinction entre l'inflammation de l'estomac et l'entérite, vu que les deux maladies requièrent le même traitement; et je les ai vues toutes les deux devenir mortelles dans l'espace de quelques heures. Il y a quelquefois, dès le commencement, de la toux et une respiration courte ; mais les vomissements constants indiquent que le siége de la maladie est dans l'estomac. Il n'est pas aisé de dire quelle en est la cause, car on ne peut pas toujours l'attribuer à des substances âcres ou stimulantes ingérées dans l'estomac. Il convient de saigner de suite ou d'appliquer des sangsues au creux de l'estomac, suivant l'âge et les forces de l'enfant ; ensuite on appliquera un vésicatoire et l'on procurera des selles, d'abord par des lavements, puis par de doux laxatifs. Les fomentations et le bain chaud sont aussi utiles. M. Saillant recommande le suc de laitue administré par cuillerées toutes les heures ; mais je ne vois pas quel avantage ce médicament peut avoir sur les mucilages et les opiacés.

Il y a un autre état de l'estomac qui, à cause du ramollissement du tissu, peut être, après la mort, confondu avec la gangrène. Il n'y a cependant aucune marque d'inflammation, mais l'estomac paraît comme s'il avait été tellement ramolli par la macération qu'il cède à la pression de la main. Cet état est quelquefois limité à une partie de l'estomac (1), quelquefois il s'étend même jusqu'aux petits intestins ; et plus d'un enfant, dans la même famille, est mort de cette maladie. On ne la reconnaît pas facilement avant la mort, car ses symptômes les plus saillants, savoir, la diarrhée avec des tranchées, se présentent dans les autres maladies des intestins. Elle s'accompagne cependant de très-bonne heure de froid à la face et aux extrémités, et l'enfant a l'air abattu et inquiet. Cette maladie affecte plutôt les intestins que l'estomac. Cet état de l'estomac ne peut être toujours attribué à l'effet du suc gastrique. Lorsque l'estomac est soumis à ce dissolvant, après la mort, on le trouve très-ramolli : une partie est dans un état de demi-solution, la surface interne dissoute, et quelques portions manquent, de sorte qu'il existe un trou. Lorsqu'on plonge la préparation dans l'alcool et qu'on la place entre l'œil et la lumière, l'apparence floconneuse de la surface interne devient distincte, et l'on voit au-dedans de la couche péritonéale de nombreux globules qui sont probablement les ganglions qui n'ont point été détruits. L'inflammation du péritoine ou l'entérite n'est pas une maladie rare chez les enfants. Elle commence par une violente douleur dans le ventre, comme une colique, mais elle est plus constante et plus continue, et elle s'accompagne d'une fièvre assez considérable, de constipation et de sensibilité dans la région abdominale. Si cette maladie ne devient pas promptement mortelle, et si, d'un autre côté, elle n'est pas entièrement enlevée, l'enfant reste long-temps malade, peut-être pendant plusieurs semaines, et l'on peut se méprendre pendant long-temps sur la nature de la maladie. Il y a une fièvre constante, mais elle est sujette à s'exaspérer le soir. Il y a une maigreur croissante de jour en jour, et d'abord des paroxysmes accidentels de douleur dans le ventre. Les matières fécales sont généralement gardées, et lorsqu'elles sont expulsées elles sont limoneuses, sanguinolentes, de mauvaise couleur ou troubles, ensuite il y a fréquemment de la diarrhée. En examinant le ventre à l'intérieur on peut découvrir quelquefois

(1) Le docteur Amstrong cite un exemple de ce genre, dans lequel la partie supérieure de l'estomac était malade, tandis que le pylore était à l'état sain. L'estomac était distendu par des aliments, mais les intestins étaient vides, ce qui pouvait être dû à la diminution de la force contractive de l'estomac.

une induration. L'appétit est perdu, la soif est considérable, le pouls devient plus fréquent et faible, la débilité augmente et les extrémités deviennent froides ; l'enfant reste quelquefois dans cet état d'épuisement pendant plusieurs heures avant de mourir. En examinant l'abdomen on trouve, lors de la dissection, les intestins adhérents ou formant des nœuds ; le foie ou la tunique graisseuse des intestins participe quelquefois à la maladie. Une inflammation à un degré moindre produit une sécrétion générale d'un liquide purulent faisant gonfler le ventre comme l'ascite et s'accompagnant d'une fièvre hectique.

Chez les enfants plus jeunes les conséquences d'une inflammation péritonéale, lorsqu'elle ne devient pas rapidement mortelle ou qu'elle ne provoque pas des convulsions, consistent en une douleur ou en une sensibilité abdominale, en une évacuation opiniâtre de matières limoneuses, en vomissements et en une maigreur croissante. — Chez les jeunes enfants on ne peut porter très-loin les évacuations ; mais chaque fois qu'il y a des accès prolongés de colique on a à craindre une maladie grave, et il faut employer le bain chaud, les lavements pour ouvrir immédiatement le cours du ventre, puis un lavement opiacé pour calmer la sensibilité morbide. On devra appliquer un rubéfiant sur l'abdomen, et si les symptômes pressent on le fera précéder de l'application de deux ou trois sangsues sur le ventre. Chez les enfants âgés, l'attaque est souvent occasionnée par le froid ou par l'introduction dans l'estomac de substances indigestes, comme, par exemple, des noix. Il ne faut pas perdre de temps à ouvrir les voies intestinales par des lavements et des laxatifs et à tirer du sang de la veine. Les fomentations et les vésicatoires sont utiles, mais on ne doit point répéter les derniers. Si l'on néglige de recourir à ces moyens ou s'ils échouent, il y a peu d'espoir ensuite de sauver le patient, à moins que les intestins n'adhèrent aux muscles abdominaux et qu'il ne survienne un abcès, ce qui est à la vérité très-rare. Quand un abcès se forme près du bassin ou vers le rectum, l'enfant crie beaucoup quand il va à la selle, il paraît avoir peur d'expulser les matières fécales, et il peut, à ce moment, être pris de spasmes ou de convulsions. Les fèces sont très-fétides, et quelquefois il sort une matière purulente qui s'écoule continuellement, ou qui constitue la plus grande partie des matières fécales. Dans ces cas-là, lorsque l'écoulement survient chez les enfants, j'ai retiré de bons effets de la magnésie comme laxatif, et de la jusquiame avec de l'huile d'anis comme anodin. Les enfants plus âgés peuvent prendre l'huile de ricin, le séné ou tout autre laxatif qu'ils aimeront le mieux. Si l'appétit n'est pas perdu il y a espoir que l'enfant guérira, et j'ai vu des cas désespérés se terminer heureusement. De doux toniques avec une alimentation convenable favorisent cette terminaison.

Quelquefois cette affection produit une contraction du rectum, ou il peut exister naturellement un rétrécissement dans cet organe, qui cause de vives douleurs quand l'enfant va à la selle. Dans l'un et l'autre cas, on obtient une guérison en incisant les parties contractées qui sont généralement membraneuses et facilement divisées. Cependant cette douleur atroce que l'enfant ressent quand il va à la selle, dépend plus souvent d'une fissure, et on y remédie efficacement en divisant le sphincter. La douleur est quelquefois si forte qu'elle produit des convulsions. — L'accumulation de matières purulentes dans la cavité abdominale, précédée de légers symptômes d'inflammation, cède généralement à la paracentèse ; tous les cas, du moins, de cette espèce, que j'ai observés, se sont terminés heureusement. — L'inflammation de la tunique muqueuse, si elle a son siége très-haut, produit une évacuation de matières limoneuses et aqueuses accompagnée de tranchées. Si elle attaque les gros intestins, les symptômes sont ceux de la dysenterie, et le traitement est le même. — La cystite peut survenir chez les enfants, elle se reconnaît à des envies d'uriner fréquentes et douloureuses, à la douleur que produit la pression exercée sur le pubis, et à la fièvre. Elle requiert l'application de sangsues au pubis, ou la saignée et le bain chaud avec les laxatifs.

CHAPITRE XII.

DU VOMISSEMENT.

Le vomissement est très-rarement une maladie idiopathique chez les enfants. Un grand nombre rejettent le lait après avoir tété long-temps, surtout s'ils sont secoués ou bercés. On ne peut traiter

cela de maladie, vu que tous les enfants vomissent plus ou moins dans ces circonstances. Des vomissements fréquents et répétés, bientôt après que l'enfant a tété ou bu, s'ils ne sont pas accompagnés des autres symptômes, et si les *egesta* ont une apparence naturelle, peuvent être attribués à l'irritabilité de l'estomac, que l'on peut guérir en appliquant sur cet organe un linge imbibé d'alcool et légèrement saupoudré de poivre, ou un emplâtre anodin. Quelquefois une cuillerée ou deux de vin blanc fermenté calme l'estomac. Si cependant les *egesta* étaient acides ou avaient une mauvaise odeur, si le lait est très-caillé, comme du fromage, et si l'enfant a mal au cœur, il est probable qu'il reste encore de la substance caséeuse, et un doux vomitif composé d'ipécacuanha apportera du soulagement. D'un autre côté, si les *egesta* étaient verts et bilieux, le calomel à petites doses sera utile, surtout s'il est précédé d'un émétique. Le mal de cœur qui précède quelquefois le vomissement, principalement s'il est causé par de la bile, s'accompagne d'une grande oppression, d'anxiété, d'une pâleur mortelle, et l'enfant a l'air comme s'il allait expirer. Le soulagement que procure le vomissement, dans cet état, est grand et soudain. — Le vomissement, lié à une diarrhée ou à une maladie fébrile, doit être considéré simplement comme symptomatique. Il est cependant à désirer qu'il s'arrête, ce qu'on obtient en donnant de petites doses de julep salin et en enlevant la maladie primitive. Lorsqu'il est immédiatement suivi d'une selle, il y a lieu de supposer qu'il dépend de l'état des intestins; mais s'il est accompagné seulement de la fièvre, il faut examiner l'état du cerveau. Quelquefois on trouve chez les enfants une rupture de l'œsophage, et les matières contenues dans l'estomac répandues dans le thorax. Ceci arrive probablement à la suite d'un spasme de la partie supérieure de l'œsophage, lorsque l'estomac rejette ce qu'il contient.

CHAPITRE XIII.

DE LA DIARRHÉE.

Quand on considère la grande étendue de la surface intestinale, sa délicatesse, le rapport intime qui existe entre les intestins et les autres organes, on ne sera pas surpris des grands et importants effets que produit sur l'économie un trouble du canal alimentaire. — En étudiant la diarrhée, il faut examiner le tissu des intestins, et les fonctions qu'il est destiné à remplir. Les intestins se composent de fibres musculaires, d'un appareil glandulaire, de nerfs, de vaisseaux sanguins, et d'un système de vaisseaux lactés; ceux-ci probablement font plus que d'absorber et aident aussi par l'action glandulaire à former le chyle, qui, probablement, n'existe pas à un état parfait dans le contenu des intestins. Quoique ces différentes parties constituent un organe, cependant elles ne sont pas tellement confondues, que toutes probablement doivent être affectées lorsque l'organe est dérangé. Toutes peuvent être troublées, mais l'une plutôt que l'autre, et à un plus grand degré que les autres. Les fibres peuvent être excitées à une action irrégulière, produisant une contraction rapide et une prompte expulsion des matières contenues dans les intestins, et cela peut s'accompagner ou non de spasmes et d'une grande douleur. Les exhalants peuvent être très-affectés et produire une sécrétion intestinale abondante qui peut être aqueuse, muqueuse, limoneuse; ou quand les vaisseaux sont éraillés ou ouverts, l'écoulement est sanguinolent, enfin les absorbants peuvent être entravés dans leur action, et le chyle n'être pas convenablement absorbé. La lésion d'un de ces systèmes d'organisation non-seulement affecte les autres, mais cette maladie intestinale réagit sur les parties en rapport immédiat avec les intestins, tels que l'estomac, le foie, le pancréas, etc. Cela nous conduit à examiner le contenu des intestins. Si la nourriture est bonne, et si l'estomac digère convenablement, le chyme est bon et naturel; mais si la nourriture est mauvaise ou en trop grande quantité, ou si les forces de l'estomac sont diminuées, le chyme n'est pas convenablement formé, et on trouve dans les intestins la nourriture qui n'est pas entièrement métamorphosée ni digérée, peut-être peu altérée en apparence. Si les intestins participent à la torpeur de l'estomac, les aliments sont gardés, et ils forment une accumulation qui est suivie de fâcheuses conséquences. Si les intestins sont irritables comme dans la diarrhée, les matières sont généralement expulsées promptement. Les *egesta* de l'estomac sont naturellement

mêlés à de la bile, au suc pancréatique et à la sécrétion intestinale, et la couleur du mélange est jaune ou d'un jaune brun, et pendant son passage il se dégage une certaine quantité de gaz possédant une odeur particulière (1). Chez les jeunes enfants cependant, lorsqu'ils sont convenablement allaités, les matières fécales sont un peu différentes de ce qu'elles seront à une époque plus avancée. Elles ont une couleur jaune ressemblant un peu à du flan, ou elles sont caillebottées, et elles n'ont nullement l'odeur fétide qu'elles exhalent dans la suite. Si les selles ont un aspect très-caillebotté, ou si elles sont trop liquides, ou vertes, ou d'une couleur foncée, ou si elles ont une mauvaise odeur, elles ne sont pas naturelles. Les changements effectués dans le passage du chyme ne sont pas purement chimiques, mais ils dépendent de l'action animale; car le contenu de l'estomac, mêlé aux liquides trouvés dans les intestins, et exposé au même degré de chaleur, ne formerait pas des matières fécales d'un aspect naturel, mais les substances prennent simplement la putréfaction acéteuse ou putride. Si les forces de l'estomac et des intestins sont diminuées, alors cette fermentation s'établit à un haut degré dans l'estomac et dans les intestins; il se dégage une grande quantité de gaz, il se produit du ballonnement, et les aliments deviennent acides ou putrides. S'il s'y ajoute beaucoup de bile, les fèces sont vertes, quelquefois foncées. Cette surabondance de bile peut être produite par des causes agissant immédiatement sur le foie, et non du moins par l'intermédiaire des intestins, et la bile devient même une source d'irritation pour les intestins, et elle cause une diarrhée, ou bien la maladie intestinale peut affecter le foie et y provoquer une plus grande sécrétion. Quelques enfants ont plus de bile que d'autres, et sont plus sujets à la pâleur, aux maux de cœur et aux vomissements bilieux. Le suc pancréatique et la sécrétion intestinale, quand leur qualité n'est pas changée, mais que leur quantité est seulement augmentée, ne sont pas probablement, comme la bile, une source d'irritation, mais ils n'en sont que le résultat. Cette sécrétion, quelquefois mêlée à de la bile, quelquefois à du sang qui s'écoule d'un petit vaisseau, peut s'accumuler avec les *egesta* de l'estomac, et former une substance noire comme de la poix, qui tôt ou tard produit de très-mauvais effets. Dans d'autres exemples, cette sécrétion forme une substance plus aqueuse, qui sort avec des tranchées et s'accompagne de fèces mousseuses.

La couleur des selles dans la diarrhée varie suivant l'intensité de la maladie. Dans les cas légers, lorsque l'action des intestins n'est qu'augmentée, mais non altérée dans sa forme, et lorsqu'il n'y a pas de lésion d'estomac, les fèces ont une couleur jaune; elles sont peu compactes à cause de l'augmentation de sécrétion, et elles n'ont point passé à l'état de fermentation. Lorsque chez les enfants la faculté digestive est appauvrie, et que les aliments ne conviennent point, la fermentation s'établit plus forte et les fèces deviennent acides, ce qui, quoique la sécrétion de la bile ne soit pas augmentée de quantité, leur donne une couleur verte, et les intestins sont distendus par des gaz. Des selles très-vertes indiquent cependant une surabondance de bile, et plus la teinte du vert est foncée, plus grande est la quantité de la bile. Lorsque l'irritation est forte et universelle, les selles sont très-aqueuses et d'un vert foncé, ou bien, si l'irritation est encore plus grande, elles sont brunes. Et dans l'un et l'autre cas, si l'enfant prend le sein, on trouve des portions de lait caillé qui surnagent au milieu du liquide, sinon on trouve de petites parcelles de quelque aliment solide que l'enfant aura pris, ou de petites masses de fèces d'une couleur foncée qui se sont accumulées dans les intestins. Quand les facultés digestives sont presque éteintes, les selles se composent d'aliments mêlés à de la bile. Ainsi, si l'enfant boit du lait et de l'eau, ou s'il n'est pas sevré, les selles se composent d'un liquide vert avec des caillots de lait parsemés de bile. Lorsque l'irritation est très-grande dans quelque portion des intestins, il n'est pas rare que ce liquide alterne, avec un écoulement limoneux et sanguin, comme on le voit dans l'invagination. Lorsque la sécrétion de la bile est diminuée, les selles ont une apparence cendrée, mais cet état ne se voit pas souvent dans la diarrhée. Quelquefois, lorsque le foie est affecté, ou lorsque les intestins sont ma-

(1) On trouve que l'odeur et la couleur des fèces dépendent beaucoup de la bile. Lorsque celle-ci est obstruée, les selles sont couleur d'argile ou pâles et elles n'ont pas d'odeur fétide.

lades, les fèces peuvent, parmi les autres altérations, revêtir l'apparence d'un jaune d'œuf pâle, ou elles ressemblent presque à du pus.

La diarrhée peut être pernicieuse de différentes manières; l'augmentation du mouvement péristaltique, d'une étendue si grande de substance musculaire, doit, comme les autres grands efforts musculaires, affaiblir les intestins, et par là tout le corps qui sympathise avec eux. Une grande débilité est souvent produite rapidement par les affections des fibres intestinales, quoiqu'il y ait eu une évacuation légère. La diarrhée affecte aussi l'économie par l'irritation et la sécrétion qui souvent l'accompagnent. Ajoutez à cela la diminution des facultés digestives, et l'obstacle apporté à l'absorption de la quantité convenable de chyle, joint au trouble que les autres parties de l'économie peuvent éprouver, et aux maladies qui en sont la conséquence, telles que les convulsions, l'anasarque, etc. — A l'examen cadavérique des intestins, on les trouve quelquefois dans un état d'inflammation, mais le plus souvent très-boursoufflés et très-relâchés, ou bien on remarque un nombre plus ou moins grand de portions invaginées. Dans un cas, on ne trouva pas moins de quarante-sept invaginations sur le même individu. Quand on examina ces portions, on remarqua que les valvules conniventes étaient plus saillantes que de coutume, mais les parties n'étaient pas enflammées. L'invagination des intestins est une cause très-fréquente de diarrhée mortelle, et mon frère, dans le cours de ses dissections, en a trouvé plus de cinquante exemples. L'invagination peut être produite tout-à-coup à la suite d'un spasme, et elle peut causer une grande douleur et une diarrhée; ou elle peut être occasionnée par des purgatifs âcres, ou par ceux qui causent beaucoup de tranchées, tels que l'infusion de séné préparée, en faisant bouillir les feuilles; ou elle peut survenir au milieu d'une diarrhée, lorsque celle-ci s'accompagne d'une irritation considérable, et alors elle ajoute à la gravité de la maladie; elle s'accompagne quelquefois d'un état morbide des ganglions. Dans ce cas là, il peut y avoir une tuméfaction des glandes extérieures, et il y a souvent une disposition à tousser. Il peut y avoir une double invagination, et la tumeur qui se forme peut se loger dans le bassin et le remplir. L'inflammation n'accompagne pas nécessairement cet état, elle est même rare.

Le diagnostic de l'invagination est très-obscur, et quoi qu'on en dise, je crois qu'il n'y a pas de marque certaine qui puisse la faire reconnaître. On l'a trouvée lorsque aucune circonstance préalable n'en avait fait supposer l'existence; mais, en général, il y a une douleur considérable, et des indices d'irritation locale, telles que des selles limoneuses avec ou sans effusion de sang; tantôt une petite quantité de matières limoneuses et mousseuses est expulsée par l'anus, tantôt une substance comme des œufs pourris, et parfois le contenu des intestins est vomi. L'invagination s'accompagne de mouvements convulsifs et de cris comme dans la colique, et par moments d'une grande pâleur comme une syncope. Le ventre est sensible au toucher, et quelquefois, chez les enfants, le pouls est plus bas que d'ordinaire. Lorsque la maladie dure long-temps, la maigreur est très-grande, on ne voit sur la figure que des os simplement recouverts de la peau, tandis que les yeux sont enfoncés aux extrémités. La peau est lâche et paraît trop large pour l'os et les muscles; quelquefois la portion invaginée est détachée et expulsée par le rectum. — Les dissections montrent aussi qu'un état morbide du foie accompagne souvent la diarrhée, et cela peut en être la cause plus souvent qu'on ne le supposerait. On doit le soupçonner quand la sécrétion biliaire est surtout affectée, que la région du foie est plus remplie que de coutume. Lorsqu'il y a de la toux, des accès fréquents de mal de cœur, des vomissements ou des évacuations bilieuses, on y remédie très-efficacement en donnant de petites doses de calomel que l'on fera alterner avec les opiacés. — La diarrhée opiniâtre dépend aussi de l'inflammation de la tunique muqueuse des intestins, marquée par de la fièvre, de la douleur quand on presse sur le ventre, des selles sanguinolentes et limoneuses, du ténesme et par des tranchées. Quand elle se prolonge, toute la membrane muqueuse jusqu'au nez et aux yeux est enflammée, et des aphthes ou des croûtes bordent les joues et recouvrent la langue et la gorge. Si on ne combat pas de bonne heure cette maladie par des sangsues et de doux laxatifs suivis par des opiacés, elle est sujette à devenir chronique et souvent incurable.

Dans quelques cas les intestins devien-

nent très-mous, blancs ou presque diaphanes; ils sont aisément déchirés et ils renferment une substance ressemblant un peu à une matière purulente ou à du flan très-mince. — La diarrhée apparaît sous différentes circonstances, non-seulement par rapport à la nature des selles, mais aussi par rapport à leur fréquence, à la douleur qui les accompagne, à la durée de la maladie, à l'effet qui est produit sur les autres parties. Dans quelques cas, les selles sont extrêmement fréquentes et continuent de l'être uniformément; dans d'autres, les déjections viennent en paroxysmes, étant plus abondantes, soit la nuit, soit le jour. Quelques enfants ont de violentes tranchées, d'autres ont des maux de cœur, de l'oppression; ils ne crient point, mais ils gémissent. Dans les cas graves, l'estomac est très-irritable et il rejette la nourriture; mais il ne l'est pas également dans toutes les périodes de la maladie, quoique les selles soient aussi fréquentes. L'appétit est plus ou moins diminué, et dans les cas malheureux l'aliment passe rapidement, et toutes les fois que l'enfant boit, une selle est provoquée. La bouche, dans les affections intestinales rebelles, devient généralement aphtheuse, et l'anus excorié ou sensible, et il n'est pas rare de voir les pieds se tuméfier. Quelquefois l'enfant est rouge à certaines époques du jour, ou le visage est uniformément pâle et la peau a l'aspect de la cire. En général, si la maladie est intense, elle s'accompagne d'une fièvre assez forte, et une fièvre prolongée dans cette maladie est toujours de mauvais augure. Les fèces peuvent sortir avec beaucoup de bruit, causé par des gaz, ou elles peuvent être expulsées comme dans l'état de santé; lorsqu'il y a une grande irritation, elles sont poussées avec violence ou elles sortent en petite quantité. La diarrhée devient quelquefois mortelle en quarante-huit heures, mais elle peut se prolonger pendant plusieurs semaines, ce qui arrive souvent lorsqu'il s'est établi une invagination. Dans les cas prolongés, la maigreur est extrême, la figure est creuse, les yeux caves et la physionomie inquiète; les forces s'abattent par degrés, les yeux se recouvrent d'une pellicule luisante, les extrémités deviennent froides, la respiration pénible, et l'enfant meurt dans un épuisement complet. — La diarrhée peut-être produite par diverses causes, telles qu'une nourriture trop abondante ou un changement brusque dans les alimens, et, pour cette raison, elle est souvent causée quand on sèvre un enfant délicat; des tentatives pour élever les enfants entièrement au petit pot, quelque qualité nuisible dans le lait de la nourrice, une mauvaise nourriture après le sévrage, l'irritation à la suite d'une nourriture mal digérée, une surabondance de bile, une constipation préalable, la dentition, l'application du froid à la surface, ou un état morbide des intestins lié à une faiblesse générale, occasionnée soit par un mauvais air ou par la délicatesse naturelle de la constitution, telles sont les causes de la diarrhée. L'irritation de l'origine des nerfs est une autre cause. De là, la diarrhée précède souvent une maladie plus marquée du cerveau. La première aurait pu être guérie, et la seconde aurait été arrêtée dans sa marche mortelle en recourant à temps à l'application d'un vésicatoire derrière la tête, précédé de sangsues. S'il y a de la fièvre, les enfants qui souffrent le plus sont ceux qui sont faibles, chétifs ou délicats.

Comme la diarrhée est une cause fréquente de mort, l'on ne peut être trop attentif à son traitement, ni trop prompt à employer les remèdes, vu surtout que l'on remarque que si elle est négligée dans son début, elle est sujette à se terminer par une maladie très-rebelle, sinon incurable. Pour cette raison, j'ai été porté à décrire cette affection avec beaucoup de soin, et je dirai en peu de mots le traitement que j'ai trouvé le plus efficace. Quand les selles ont une couleur naturelle, mais sont plus liquides que d'ordinaire, quand elles sont d'une fréquence modérée, d'une durée courte, s'il ne se présente aucune fièvre, il sera bon de donner la rhubarbe à petites doses, associée à un aromatique, en ayant soin toutefois que ces médicaments ne produisent point l'extrême opposé, je veux dire la constipation. Dans une foule de cas, la maladie s'arrêtera d'elle-même; mais, si elle ne se calme pas spontanément ni par l'emploi de la rhubarbe à petites doses, alors on examinera jusqu'à quel point il convient d'arrêter l'action insolite des fibres des intestins. On atteint promptement ce but au moyen d'un lavement anodin; mais, si la diarrhée a été produite par une nourriture mal saine ou par une trop grande quantité d'aliments, ou si elle s'accompagne d'une fièvre aiguë, et surtout si l'enfant est pléthorique, il sera utile de donner quelques doux laxatifs, tels que la magnésie et la rhubarbe,

ou une émulsion contenant de l'huile de ricin, ou bien de petites doses de calomel; le bain chaud est aussi avantageux. S'il y a de l'oppression, avec fièvre ou mal de cœur, il conviendra de faire précéder les laxatifs d'un léger émétique; ensuite, si la maladie continue, s'il y a des marques d'une grande irritation des fibres, des lavements anodins rendront un service signalé; s'il y a de la fièvre, des soubresauts et quelque altération dans la physionomie, il faudra examiner avec soin l'état du cerveau, et tous les symptômes qui y dénoteraient une affection. Un grand nombre d'enfants auraient pu probablement être sauvés si on avait pris de bonne heure l'alarme et qu'on eût traité la maladie comme céphalique, par des saignées, des vésicatoires et de doux mercuriaux. Sans doute l'on pourrait employer quelquefois des moyens énergiques lorsque l'enfant aurait pu en revenir sans cela; mais, si nous ne les poussons pas trop loin, l'on fera rarement, pour ne pas dire jamais, du mal, et l'on pourra produire beaucoup de bien.

Si la diarrhée survient rapidement, si dès le commencement les selles sont vertes ou non naturelles, et si l'estomac est irritable ou si ses fonctions sont altérées, il faudra examiner les gencives, et les inciser si l'enfant fait des dents. Cette pratique enlève ou diminue la cause d'irritation; il faut aussi examiner attentivement l'état du cerveau, et si nous sommes autorisés à y recourir, employer les autres moyens que j'ai déjà indiqués. — Mais que la maladie soit produite par la dentition, par le changement de nourriture, à la suite du sevrage, ou par d'autres causes, il est nécessaire d'y apporter une grande attention. Si l'enfant a mal au cœur et de l'oppression, quelques grains d'ipécacuanha seront convenables, et ensuite le calomel à petites doses (1), ou quelque autre laxatif (1), seront donnés matin et soir. Ces médicaments enlèveront les matières fécales morbides et exciteront une action plus normale dans les intestins. Le calomel est ordinairement un remède efficace, et on peut le donner à des enfants âgés de quelques jours. Pour eux, un quart de grain enveloppé dans du sucre est une dose qui convient et qui peut être donnée pendant plusieurs nuits de suite; on donnera un demi-grain aux enfants plus âgés. Si les laxatifs n'augmentent pas la faiblesse ni la douleur, et s'ils rendent les selles d'un aspect plus naturel, ils font du bien, et on peut les continuer en diminuant la quantité jusqu'à ce qu'on les quitte entièrement. S'ils ne font qu'augmenter la fréquence des déjections sans altérer beaucoup leur qualité, si les selles continuent d'être aqueuses, d'une mauvaise couleur et fétides, et si les forces et l'appétit se perdent, on ne peut espérer aucun bien de leur continuation, et il faut arrêter la diarrhée par des lavements anodins répétés, en ayant soin de ne pas différer trop long-temps leur emploi. Lorsque la sécrétion est abondante et les selles fréquentes et expulsées peut-être avec violence et avec une grande irritation, les forces s'abattent rapidement et quelques heures suffisent pour décider du sort de l'enfant. Dans ces cas-là, il y a une action inflammatoire plus ou moins grande, et par conséquent dès le commencement il faudra, s'il y a de la sensibilité à la pression, appliquer des sangsues au ventre et employer des fomentations. Il est aussi immédiatement nécessaire, quand bien même les matières contenues dans les intestins seraient anormales, de modérer l'action musculaire et sécrétoire par des lavements anodins; ensuite les matières morbides seront expulsées : on pourra les enlever par de doux laxatifs. Les opiacés donnés par la bouche ne sont pas aussi utiles que des lavements; cependant, quand les lavements ne sont pas gardés, il faut administrer l'opium par l'estomac. Lorsqu'à dose modérée les

(1) L'excellent praticien, le docteur Clarke, de Dublin, a fortement recommandé de donner un demi-grain de calomel, toutes les nuits ou toutes les deux nuits, aux enfants qui ont des selles vertes et des tranchées, faisant observer que dans l'espace d'une semaine ou deux les selles devenaient naturelles, et qu'il était rarement nécessaire de donner en tout plus de quatre à cinq grains. *Mem. of Irish acad.*, vol. II.

(1) L'huile de ricin préparée à froid peut être donnée sous la forme suivante : R. huile de ricin, trois gros; mauve, demi-once; esprit d'ammoniaque aromatisé, un gros; eau de casse, une once et demie; eau, une once et demie; faire une émulsion. On donnera une cuillerée à café de cette mixture aussi souvent qu'il sera nécessaire.

opiacés paraissent avoir produit de la stupeur ou d'autres conséquences fâcheuses, il est probable qu'ils n'ont fait que hâter les progrès d'une maladie existant déjà dans le cerveau. Les substances calcaires jointes aux aromatiques sont utiles lorsqu'il paraît y avoir une surabondance d'acides, mais le sel qui se forme ne paraît pas être aussi styptique qu'on ne le suppose ordinairement. Les médicaments astringents, tels que la gomme kina ou le cachou, quoiqu'ils paraissent dans les cas légers être de quelque utilité, échouent cependant dans les affections plus rebelles, à moins qu'ils ne soient associés à l'opium, et alors l'avantage doit être plutôt attribué à ce médicament qu'aux astringents; cependant, à doses modérées, ils ne peuvent faire du mal, et on ne doit pas les négliger. Si on les donne en trop grande quantité, ils peuvent peut-être provoquer une invagination des intestins. Dans les cas rebelles, de petites doses de pilules mercurielles, données matin et soir, jointes aux lavements anodins, employés en même temps pour limiter la diarrhée, sont plus utiles que tout autre remède. Je puis parler avec confiance de cette pratique. Le docteur Armstrong, cependant, lorsque les selles sont liquides ou aqueuses, quelquefois incolores ou brunâtres, ou teintes de sang et très-fétides, conseille les vomitifs antimoniaux, répétés toutes les six ou huit heures, jusqu'à ce que les fèces changent d'aspect; mais ce remède opère violemment et peut produire une faiblesse considérable. Si l'on n'a pas recours à cette méthode, il conseille une solution de sel d'Epsom avec une petite quantité de laudanum. Il y a des objections contre les deux méthodes. Le docteur Underwood prescrit contre cette maladie les émétiques, puis les purgatifs chauds, et ensuite l'ipécacuanha à petites doses, avec les absorbants et les aromatiques.

Le docteur Cheyne, contre une diarrhée rebelle et prolongée, qu'à cause de sa fréquence vers l'époque du sevrage il appelle *atrophia ablactorum*, recommande fortement de petites doses répétées de mercure comme le remède le plus efficace. — Lorsqu'il y a beaucoup de fièvre, l'emploi du bain chaud matin et soir, et le julep salin à petites doses, ou la poudre composée d'ipécacuanha, et des vêtements de flanelle, seront utiles. Lorsqu'en même temps que la fièvre il y a une forte douleur, et que les selles sont limoneuses, sanguinolentes, ou lorsqu'elles sont expulsées avec force, il y a lieu de craindre l'inflammation de la tunique muqueuse, et il faudra faire précéder le bain par des sangsues. — Dans tous les cas, les applications à l'extérieur méritent, je crois, d'être employées; elles consistent en des frictions avec un baume anodin ou de l'huile camphrée de térébenthine, ou ce qui vaut mieux en un emplâtre anodin (1) sur tout l'abdomen. De petits vésicatoires appliqués sur le ventre sont utiles s'ils ne causent pas beaucoup d'irritation; il convient aussi d'appliquer une forte bande de flanelle autour du ventre, mais nullement serrée, pendant toute la durée de la maladie. Il faudra soutenir les forces par une nourriture légère, telle que le bouillon léger, la gelée d'arrow-root, de la farine rôtie bouillie avec du lait, etc.; ou, si l'enfant n'est pas sevré, il est quelquefois utile dans les attaques continuelles et répétées de diarrhée de changer de nourriture. On soutiendra l'économie par de petites quantités de vin blanc que l'on donnera fréquemment. Si l'enfant, comme cela arrive souvent, ne veut pas prendre de nourriture, alors on devra recourir à des lavements de bouillon ou d'arrow-root, auxquels on ajoutera quelques gouttes de laudanum; ils rendent un service signalé et doivent être employés de bonne heure et avec persévérance jusqu'à ce que l'enfant puisse prendre de la nourriture.

Quand des aphthes se déclarent à la bouche, on peut les laver avec un peu de sirop aiguisé par l'acide muriatique, ou bien on se servira du borax sans négliger les médicaments internes; et, quand ceux-ci auront ramené les intestins à un état normal, la bouche deviendra plus claire: l'apparition et la disparition des aphthes indiquent généralement une fluctuation dans la maladie intestinale. Les excoriations qui paraissent autour de l'anus devront être lavées avec une solu-

(1) Comme le suivant: R. savon, un gros; litharge, six gros; extrait de ciguë, deux gros; huile de menthe poivrée, demi-gros; faire un emplâtre. Ou bien R. emplâtre résineux, six gros; opium en poudre, deux gros; camphre, deux gros; huile de genevrier, demi-gros, pour faire un emplâtre; ou s'il y a beaucoup de spasme, on peut employer l'emplâtre d'assa-fœtida de la pharmacie d'Édimbourg, avec addition d'opium.

tion de sulfate de zinc, et requièrent une grande attention dans l'administration des lavements. — Lorsqu'il survient un gonflement aux pieds, et que l'urine diminue de quantité, on ajoutera quelque diurétique aux autres remèdes. — Si l'enfant devient assoupi, s'il y a quelque tendance au coma, on peut tirer un bon parti de raser la tête et d'appliquer un petit vésicatoire sur la partie supérieure du crâne. Les affections des autres organes qui surviendraient à la suite des maladies intestinales, devront être traitées promptement d'après les principes généraux. — De là, on verra que le traitement de la diarrhée se réduit principalement aux points suivants :

1° Enlever la cause excitante, scarifier les gencives dans la dentition, rectifier l'action du foie lorsqu'elle est troublée, diminuer l'excitation cérébrale quand elle existe, et régler la nourriture lorsqu'on suppose que la qualité des aliments a troublé les fonctions des intestins. 2° Calmer le mal de cœur et l'oppression de l'estomac, quand elle est considérable et qu'elle ne dépend pas de l'état de la tête, par un doux émétique ; faire évacuer les matières fécales irritantes, et exciter sur la surface intestinale une action plus normale par de petites doses de calomel, ou bien par une pilule bleue dans les cas prolongés, ou par une certaine dose de rhubarbe et de magnésie dans les cas récents de diarrhée. Les circonstances dans lesquelles l'administration des laxatifs est utile ou nuisible ont été déjà déterminées. 3° Calmer le mouvement péristaltique désordonné et les sécrétions trop abondantes par des lavements anodins, et par des applications à l'extérieur, dont aucune n'est incompatible avec l'emploi prudent du calomel, ou du mercure avec de la chaux. 4° Combattre ou calmer les symptômes concomitants ou consécutifs par des médicaments convenables. 5° Soutenir les forces dès le commencement par une nourriture convenable et par des cordiaux, et chaque fois que l'estomac ne peut recevoir ou garder des aliments, administrer des lavements nutritifs.

CHAPITRE XIV.

DE LA CONSTIPATION.

La constipation est naturelle à quelques enfants, elle est acquise pour d'autres. Dans le premier cas, il arrive souvent que la mère se trouve être dans la même condition, et dans ces circonstances, il en résulte moins de mal que dans le second cas; cependant, même alors, il est nécessaire d'empêcher que la constipation n'augmente, vu qu'elle peut provoquer non seulement des coliques, mais encore des maladies plus sérieuses, telles que des convulsions ou des affections intestinales. Quelques enfants d'une constitution très-irritable ont le rectum affecté parfois spasmodiquement lorsque les fèces viennent à passer, ce qui peut être suivi d'une convulsion. Quand cet accident se répète souvent l'enfant craint d'aller à la selle et il garde ses matières fécales aussi long-temps qu'il le peut, ce qui occasionne un état de constipation. Quelquefois sa frayeur est si grande qu'il ne peut aller à la selle que lorsqu'il est à moitié endormi. J'ai déjà parlé de cet état ainsi que des effets de la fissure. — Dans la constipation héréditaire, il est difficile, si non impossible, d'établir une action intestinale régulière ; peut-être dans quelques cas ce dernier état, si l'on pouvait l'établir, vu qu'il n'est pas naturel à la constitution, nuirait à l'enfant. Mais il faut prendre garde de laisser par négligence augmenter la constipation. Chaque fois que l'enfant est pâle, chétif, ou engourdi, qu'il ne vient pas bien, il est menacé de convulsions ou de quelque maladie grave. A une période plus avancée de la vie la chorée peut survenir. La constipation acquise peut être vaincue par les médecines et par des tentatives régulières pour procurer une selle. Une foule de moyens ont été mis en usage dans ce cas-là, tels que des suppositoires, la magnésie et les autres laxatifs. Le meilleur remède pour changer la condition des intestins paraît être le calomel, ou les pilules bleues, que l'on peut donner à faible dose, même à un enfant, pendant un jour ou deux de suite, pour les abandonner ensuite; en employant dans l'intérieur un peu de manne seule ou combinée avec de l'huile de ricin, et quelquefois, pour varier, on peut y substituer la magnésie. Dans les cas plus opiniâtres on peut donner une faible infusion de séné. On peut aussi essayer un quart de grain d'ipécacuanha, mêlé à du sucre. Une injection d'eau tiède donnée matin et soir, si elle ne suffit pas par elle-même, fera du moins opérer une quantité moindre de médicament, comme par exemple deux grains de pilules

mercurielles. Il convient aussi de changer de nourrice, ou de modifier la nourriture de l'enfant en donnant une bouillie de pain d'orge, du bouillon de veau. Je désire faire comprendre que le lait de la mère ou d'une nourrice peut causer la constipation, et dans ce cas-là, si l'on ne procure pas une autre nourrice dont le lait soit plus laxatif, il peut en résulter des conséquences très-fâcheuses. Dans les premières semaines de la naissance, il peut survenir des accès souvent accompagnés ou précédés de fièvre. A une époque plus avancée, l'hydrocéphale peut être produite, comme elle peut survenir aussi dans un âge plus tendre.

CHAPITRE XV.

DES COLIQUES.

Les coliques sont une maladie fréquente chez les enfants, surtout quand ils sont constipés; elles sont souvent produites par une alimentation trop forte, l'exposition au froid, des irrégularités dans la nourriture que prend la nourrice, ou par quelque mauvaise qualité dans son lait. Elles font leur apparition brusquement, et on les reconnaît aux cris aigus que l'enfant pousse subitement, alternant avec de courts intervalles de repos, et accompagnées de dureté dans les muscles abdominaux. L'enfant donne des coups de pied et retire les jambes; souvent il y a suppression d'urine. Ces symptômes sont ordinairement enlevés par un lavement ou par un suppositoire, et il sort des matières fécales et des gaz. Le bain chaud, les fomentations et les frictions sur le ventre avec un baume anodin ou du laudanum seront utiles, et si la douleur continuait on pourrait donner deux ou trois gouttes de teinture opiacée, ou une plus forte dose de teinture de jusquiame avec une goutte d'huile d'anis. Lorsque l'enfant est constipé, on devra prescrire un laxatif après l'anodin. — Si l'enfant est sujet à des attaques répétées de colique, quelques gouttes de la teinture d'assa-fœtida pourront être données une ou deux fois par jour; et il faut toujours prendre soin de prévenir une trop longue durée de la douleur, vu qu'elle peut se terminer soit par une inflammation viscérale, soit par des convulsions.

CHAPITRE XVI.

DU MARASME.

Le marasme, ou l'amaigrissement des enfants, dépend généralement d'une condition morbide des intestins. Cette maladie est précédée ou accompagnée de constipation, qui alterne quelquefois avec une diarrhée dans laquelle les selles sont fétides et n'ont pas une apparence naturelle. Elle commence par une lassitude, puis une perte ou une dépravation de l'appétit, par une haleine et des selles fétides, par la tuméfaction du ventre, par un teint pâle et boursouflé avec tuméfaction de la lèvre supérieure. Puis survient de la fièvre, la physionomie devient parfois animée, et la peau chaude et sèche; le pouls est fréquent; il y a de la soif, de l'insomnie, de la démangeaison au nez; un sommeil agité, pendant lequel le malade grince des dents et s'agite violemment. La faiblesse augmente par degrés, et si l'on n'apporte pas du soulagement, la mort arrive précédée d'une grande maigreur. Cette maladie est très-fréquente chez les sujets qui sont mal nourris ou qui mangent beaucoup de légumes crus, ou beaucoup de fruits verts, ou chez ceux dont les facultés digestives sont altérées par le confinement, le mauvais air, ou par des affections intestinales négligées. On la regarde souvent comme la conséquence des vers; mais ceux-ci, quoiqu'ils puissent exister souvent dans les intestins, ne sont nullement essentiels à la maladie. Elle est encore plus fréquemment et plus probablement produite par quelque lésion des branches du grand sympathique, qui survient, comme je l'ai indiqué, dans une modification de l'affection, que j'ai passée en revue dans le chapitre qui traite des troubles du cerveau et de la moelle épinière. Dans ce cas-là elle constitue souvent un symptôme bien marqué, et elle atteint un haut degré. — Cette maladie peut, dès le commencement et avant l'apparition de la fièvre, être arrêtée par des purgatifs énergiques donnés à des intervalles convenables. On prescrira en même temps un régime nourrissant et léger, et l'on insistera sur la nécessité de faire prendre à l'enfant de l'exercice en plein air. Dans la période fébrile la guérison est plus difficile, mais elle doit être effectuée d'après le même principe, c'est-à-dire en modifiant l'état des intestins. A cette fin on répétera

fréquemment les purgatifs à des doses plus ou moins fortes, selon la condition du tube digestif. L'expérience déterminera l'espèce de purgatif qu'il faudra employer. On peut employer les pilules aléotiques, l'infusion de séné, l'huile de ricin, la rhubarbe et la magnésie. Et, de temps en temps, on les remplacera par une dose légère de calomel, ou on les donnera plus souvent si l'aspect des selles indique que les sécrétions sont très-mauvaises. Les fèces ne sont pas toujours dures; elles sont souvent liquides, mais généralement fétides et d'une couleur sombre, ou elles paraissent contenir des aliments non digérés. Des purgatifs répétés procurent toutefois par degrés l'expulsion des fèces d'une couleur naturelle. Pendant que l'on suivra le traitement, on soutiendra les forces par une nourriture convenable et par un emploi modéré de vin. On peut augmenter les forces digestives par les eaux de Chalybée ou par d'autres toniques, pourvu qu'ils ne soient pas rejetés par le malade. Pendant la convalescence il faut par de doux laxatifs maintenir le cours du ventre libre, afin de prévenir une rechute. Les bains de mer sont aussi utiles (1). L'état des intestins qui donne lieu au marasme produit quelquefois promptement des symptômes plus aigus. C'est ce qui constitue une espèce de fièvre très-fréquente, que nous avons déjà fait remarquer. La maigreur, ou un état de malaise général, peuvent être causés par le lait qui ne convient pas à l'enfant, ou qui n'est pas assez abondant. On devra faire changer à l'instant de nourrice.

CHAPITRE XVII.

DU CARREAU.

Le carreau, ou la fièvre hectique produite par une maladie des ganglions mésentériques, n'est pas fréquente avant l'époque du sevrage, ni après l'âge de puberté; rarement elle existe après huit ou dix ans, mais aucun âge n'en est entièrement exempt. La maladie consiste en une hypertrophie des ganglions du mésentère (1), qui sont quelquefois universellement affectés, mais surtout convertis en une masse dure vers la racine du mésentère. Il y a tendance à la formation d'une substance caséeuse, mais la mort survient avant que le travail ne soit accompli. Le début de la maladie est lent et obscur; le patient accuse peu ou point de douleur, mais il est sujet à des irrégularités dans les fonctions digestives. Il a de la constipation, ou des selles liquides et noirâtres, il a un mauvais teint, et il est sujet, de temps en temps, à des accès de fièvre. L'urine est blanche et trouble; l'appétit n'est pas beaucoup diminué, et la digestion continue de se faire; mais le ventre est dur et un peu tuméfié. L'enfant est plus impatient que de coutume, et quelquefois, surtout s'il est jeune, il est affecté de vomissements. Telle est la période du début, et elle ressemble beaucoup à celle du marasme, provenant d'une affection des intestins indépendante de la maladie des ganglions. A mesure que la maladie fait des progrès, le corps s'amaigrit, la figure est pâle et les traits deviennent saillants, l'abdomen grossit par degrés, et le patient se plaint de douleurs lancinantes, d'une courte durée toutefois, dans l'intérieur du ventre, ou près du dos. Alors les fèces sont quelquefois dures, mais le plus souvent elles sont liquides, écumeuses, ou mêlées à de la bile; quelquefois le malade a une diarrhée accompagnée de vomissements. Une toux petite et gênante constitue généralement ce symptôme saillant; quelquefois elle dépend de tubercules, mais souvent elle est sympathique, et l'on trouve les poumons à l'état sain. La fièvre, qui d'abord est obscure et intermittente, devient plus aiguë et plus distincte, s'exaspérant le soir et s'accompagnant d'une agitation et d'une accélération dans le pouls qui s'é-

---

(1) Ceux qui désirent connaître les autres remèdes qui ont été employés sans grand avantage, peuvent consulter Baumes, *De l'amaigrissement des enfants.*

(1) Cet état s'accompagne quelquefois du gonflement du thymus et des ganglions lymphatiques du cou. Le gonflement du thymus, en comprimant la trachée et l'œsophage, cause une difficulté dans la respiration et dans la déglutition, et quelquefois la suffocation, en comprimant la veine sous-claviculaire, il obstrue le cours du chyle et peut par là causer une affection dans les ganglions du mésentère. Des vésicatoires appliqués au sommet du sternum, précédés de sangsues et associés à l'emploi de l'iode, constituent le traitement.

lève à 120 pulsations par minute, ou même à un plus grand nombre. Le patient est agité, et son esprit tombe par degrés dans l'inaction, quoiqu'il ne perde pas l'espoir de se sauver. La langue est généralement claire, mais quelquefois recouverte d'un enduit blanc ou brun, surtout au centre, et à une période avancée toute la bouche et la gorge se recouvrent d'aphthes. La soif est légère, mais l'appétit est ordinairement diminué, ou le malade devient très-difficile. A mesure que la maladie s'avance, la maigreur du corps augmente; les yeux deviennent creux et luisants, le nez pointu et allongé en apparence, la face terne, mais les lèvres sont quelquefois vermeilles, et les joues colorées pendant la nuit. L'abdomen est dur, et quand on frappe dessus il sonne comme un tambour; ou s'il n'est pas très-tendu, on peut quelquefois sentir des nodosités à l'intérieur (1). L'urine est diminuée de quantité, et souvent elle dépose un sédiment blanc ou briqueté. Pendant le sommeil, le front, le crâne, et quelquefois les seins, sont recouverts d'une sueur abondante, tandis que le reste de la peau est dur et sec. Les progrès de cette maladie ne sont pas toujours également rapides. Dans quelques cas le malade vit un an ou deux dans une mauvaise santé; mais en général, après l'apparition de la fièvre hectique, il est enlevé dans l'espace de quelques mois, souvent de quelques semaines.

Dans le commencement de cette maladie, l'emploi suivi et répété de doux purgatifs, associés de temps en temps au calomel avec quelque légère infusion amère, comme la décoction de quinquina, les toniques, et de douces frictions sur le corps, continuées pendant un temps considérable soir et matin, paraîtraient être plus avantageux que toute autre méthode de traitement. On a proposé de donner le calomel à petites doses, comme dans un traitement mercuriel. Les évacuations copieuses ne sont pas requises dans cette maladie. Il suffit que les intestins soient ramenés et maintenus dans un état régulier, qui, dans la première période, du moins, réclame quelquefois des doses assez fortes. Mais à une période avancée, lorsque la maladie est confirmée, les matières fécales sortent aisément, et d'après l'état de relâchement qui souvent existe, c'est une question de savoir à quel point les laxatifs sont utiles. En traitant ce sujet important, je ferai observer que ces médicaments ne doivent jamais être énergiques, mais doux et donnés fréquemment, pourvu qu'ils diminuent la tumeur du ventre, qu'ils rendent les selles plus louables, et qu'ils n'altèrent pas les forces. La diarrhée, qui survient spontanément dans cette maladie, ne diminue jamais la tuméfaction. Mais de doux laxatifs répétés souvent produisent cet effet, et c'est un grand avantage. En outre, si les paroxysmes de la fièvre sont intenses, s'ils surviennent de bonne heure, il est nécessaire d'employer les laxatifs plus hardiment que dans les circonstances opposées, et les évacuations alvines sont dans ces cas-là avantageuses. Dans une période avancée, quand la maladie est confirmée, il suffit de donner tous les soirs, ou tous les deux ou trois jours, un laxatif à une dose telle qu'elle entretienne le cours du ventre, s'il y a disposition à la constipation, ou bien s'il y a de la diarrhée, qu'elle rende les selles d'un meilleur aspect qu'elles ne le seraient sans l'administration du médicament. Si l'on emploie le calomel, il faut prendre garde que le mercure ne produise un grand effet sur la constitution, de peur que la faiblesse ne soit augmentée; il est par conséquent prudent de le combiner avec la rhubarbe, ou d'employer une légère émulsion d'huile de ricin.

Tout en suivant cette méthode, l'on peut, dans toutes les périodes de la maladie, tirer parti de l'emploi des médicaments toniques, tels que l'écorce d'angusture et les autres amers ou les ferrugineux, surtout sous la forme d'eaux minérales. Mais il faut employer le fer avec précautions, s'il y a des marques d'inflammation existant dans les ganglions, et dans ces cas-là, quelque légère infusion amère est préférable. Dans ces circonstances, il faut administrer les laxatifs plus librement. On prescrira les bains chauds et l'on frictionnera le ventre avec un baume anodin. La teinture d'iode est souvent utile, surtout dans la première période; elle favorise l'action des laxatifs et elle agit comme un doux tonique, mais si elle causait de l'excitation, il faudrait l'abandonner.

---

(1) Quelquefois, dès le commencement de la maladie, on peut sentir une tumeur dure au-dedans du ventre. On l'aperçoit souvent dans le côté droit près l'origine du colon, ou sur le bord du foie, ou au-dessus de l'ombilic.

Un léger exercice en plein air est d'une grande utilité, et il est bon, dans la première période de la maladie, que le malade réside près de la mer. Mais si les ganglions paraissent être dans un état d'inflammation indiquée par une douleur lancinante accompagnée de fièvre, le malade ne devra pas prendre de bain, et à la vérité, à toutes les époques, l'utilité et l'innocuité du bain froid paraissent être douteuses, à moins que, la maladie ayant disparu, nous n'ayons plus à combattre que la faiblesse. Le bain chaud est plus généralement utile. Les aliments doivent être légers et nourrissants, et il faudra bannir toutes les substances stimulantes ou indigestes. S'il existe un état inflammatoire, le lait sous différentes formes, des œufs bouillis et des végétaux sont une nourriture convenable. S'il ne se présente pas d'inflammation, il sera bon de donner un peu de nourriture animale; bien plus, comme dans les autres affections scrofuleuses, une proportion considérable de substances animales est utile pour empêcher la tumeur de s'enflammer et de former une substance caséeuse. On pourra imprimer une marche favorable à l'action vitale, lorsque l'état aigu de l'inflammation s'est calmé, dans les cas où il a paru, car il est rare de le rencontrer. Dans la dernière période de la maladie, on ne peut que pallier les symptômes et entretenir les forces par des soupes et un peu de vin. On devra calmer la diarrhée par des lavements anodins. La poudre de Dower réussit souvent mieux comme opiacé que toute autre forme de médicament. On a conseillé contre cette maladie la ciguë et quelques autres médicaments, mais je ne puis dire qu'ils aient été employés avec avantage. On a proposé l'électricité pour favoriser l'absorption, mais elle ne paraît pas produire cet effet.

CHAPITRE XVIII.

DES VERS.

Les vers existent dans les intestins peut-être de tous les enfants (1), mais surtout chez ceux dont le tube intestinal est affaibli par une mauvaise nourriture ou par une maladie aiguë; de là, vers la terminaison d'une maladie, ou dans la convalescence de cette affection, des vers sont souvent expulsés par les enfants et les adultes. Il y a deux espèces de vers, mais les enfants sont principalement tourmentés par des lombrics et des ascarides. On rencontre rarement le tœnia avant quatre ou cinq ans. On remarque aussi quelque espèce rare de vers, qui sont rejetés par les vomissements. Des insectes de différents genres peuvent être aussi introduits accidentellement dans l'estomac et dans les intestins, et y vivre pendant quelque temps.

Les ascarides occupent généralement le rectum, causent une grande démangeaison dans cette partie, au point que le sommeil est souvent interrompu. L'irritation produit des indigestions, de la douleur de ventre; le malade se gratte au nez, sa figure est pâle, son appétit est variable, et quelquefois il a envie de prendre des substances indigestes. On découvre les vers dans les matières fécales, comme de petits fils blancs, et quelquefois ils sortent du rectum. Les selles sont souvent limoneuses, ou muqueuses. Cette espèce de vers est enlevée par des injections d'aloès mêlé d'eau, ou par une décoction de santoline, ou par quelque forte infusion amère, contenant du sel en solution, ou par une injection ordinaire de térébenthine. Le calomel convient aussi. On devra traiter d'après les principes généraux toute indisposition du canal alimentaire, vu que l'amélioration des fonctions digestives est un des meilleurs moyens pour prévenir la continuation des vers.

L'ascaride lombricoïde a souvent de six à dix pouces de long. Pour la forme générale il ressemble au ver de terre, mais il en diffère en ce qu'outre les autres marques distinctives il a une ligne longitudinale de chaque côté, tandis que le ver de terre a trois lignes sur la surface supérieure. Il meurt bientôt après son expulsion, mais quand il est vivant, il remue comme une anguille, et son corps ne se raccourcit pas comme le ver ordinaire. Le docteur Hooper, dans le cinquième volume des *Mémoires de la société de médecine*, a donné un mémoire précieux sur les vers intestinaux. Les lombrics peuvent exister dans toutes les parties du canal alimentaire, et souvent ils sont expulsés par les vomissements aussi bien que par les selles. Les symptômes sont ceux d'une irritation intestinale (1),

---

(1) Les vers apparaissent rarement dans les intestins avant le sevrage de l'enfant,

(1) D'où il n'est pas facile de dire que les vers soient la cause de la maladie de

comme la douleur de ventre, des fréquentes attaques de diarrhée, un appétit variable, souvent vorace, l'enfant ayant quelquefois faim aussitôt après avoir mangé copieusement; une haleine fétide, un teint pâle, la tuméfaction des lèvres, avec un cercle livide autour des yeux; le gonflement du ventre pendant la nuit, et un sommeil agité, l'enfant se réveillant de temps à autre au milieu d'une grande frayeur, et étant sujet à se lever brusquement et à grincer des dents. Quand il est éveillé, il se gratte le nez, il est tourmenté d'un mal de tête momentané; quelquefois il a une toux sèche avec une fièvre lente, ou bien il est sujet à des affections convulsives ou à une éclampsie. J'ai déjà indiqué les différentes maladies provenant d'un trouble des intestins, et celles-ci peuvent être causées par les vers autant qu'ils sont capables d'irriter les intestins ou de troubler leur action, ou d'augmenter un état de torpeur qui a favorisé leur agglomération. On a conseillé une foule de médicaments anthelmintiques, pour l'énumération desquels je renvoie à ceux qui ont écrit sur la matière médicale. Le soufre, la tanaisie, l'aloès, la spigèle de Maryland, le *dolichos pruriens*, ou fève d'Italie, la *geoffræa*, la poudre aux vers, l'étain en poudre, la limaille d'acier, ont tous produit parfois de bons effets; mais en général, le calomel, donné souvent à hautes doses, pourvu que la constitution du malade puisse le supporter, sera d'une grande efficacité, ou bien on pourra l'alterner avec des purgatifs salins, avec l'huile de térébenthine, ou des doses convenables d'aloès ou de jalap. Le carbonate de fer à haute dose, ou d'autres ferrugineux, sont utiles. — Dans les cas rebelles, on s'applaudira de donner régulièrement des purgatifs, de manière à produire un effet continuel, mais modéré, sur les intestins. Après l'expulsion des vers, une infusion amère ou l'eau de chalybé sera utile pour fortifier les intestins, ou on peut même les employer pendant qu'on administre les purgatifs.

Le *trichuris*, ou le ver long et filamenteux, a environ deux pouces de long, dont les deux tiers forment une queue aussi fine qu'un cheveu. Le corps a environ un seizième de pouce d'épaisseur, et le ver est blanc, comme l'ascaride. On le trouve dans le rectum, et aussi plus haut, même dans l'ileum. — Le tœnia se compose d'un grand nombre de portions plates et articulées : on le divise en tœnia *solium*, chez lequel les orifices sont situés sur les bords des articulations, et en tœnia *lata*, chez lequel on les trouve sur la surface. Les symptômes sont les mêmes que ceux qui indiquent la présence du ver rond; seulement ils sont plus intenses. Les meilleurs remèdes sont des purgatifs énergiques, composés de jalap et de calomel, alternés par des doses de térébenthine proportionnées à l'âge de l'individu. Mais pour s'assurer d'une prompte action de ce médicament par les selles, et pour prévenir la strangurie, on devra lui associer un autre laxatif, tel que l'huile de ricin. On peut aussi prescrire le colchique, à un âge plus avancé. Le tœnia est plus difficile à expulser que les autres vers.

CHAPITRE XIX.

DE LA JAUNISSE.

La jaunisse des enfants est une maladie qui s'accompagne d'un grand danger, surtout si elle paraît bientôt après la naissance, et si les selles annoncent un défaut de bile, car alors on a raison de craindre quelque affection incurable de l'appareil biliaire. Je conçois deux espèces de cette maladie, qui sont très-opposées quant à leur nature. Dans la première, il y a un obstacle au passage de la bile dans l'intestin; l'enfant est constipé, et le méconium est plus pâle que de coutume, et après qu'il est enlevé, les selles deviennent légèrement colorées, la peau, de bonne heure après la naissance, prend une couleur d'un jaune foncé, qui s'étend jusqu'aux yeux, l'enfant tette fort peu, il éprouve parfois de la difficulté à avaler, il est languissant, il maigrit, il gémit beaucoup, il est tourmenté par des flatuosités, quelquefois par une toux et par une pituite qui existe dans la trachée, ou bien il survient quelquefois des vomissements, des convulsions, des coliques et de la fièvre. Dans quelques cas, on sent

---

l'enfant, car les autres affections morbides des intestins produisent les mêmes symptômes. Des purgatifs répétés font disparaître ces symptômes sans qu'il se présente aucun ver, quoiqu'on attribue l'aspect limoneux des selles à des vers en dissolution.

le foie plus volumineux, et l'hypochondre est tuméfié. L'urine est très-colorée. Cette maladie devient souvent mortelle dans l'espace d'une semaine, mais on l'a vue durer, à des degrés variables d'intensité, pendant un temps considérable, et finir par disparaître, quoique ces enfants-là restassent long-temps délicats. Quant à la cause de cette maladie, l'on trouve qu'elle consiste quelquefois dans une obstruction du conduit hépatique, ou du conduit cholédoque, produite soit par l'épaississement des parois, ou par la compression à la suite de l'hypertrophie de quelque partie située dans le voisinage du conduit. Quelquefois elle naît d'une obstruction momentanée du conduit, due à la viscosité de la bile. Or, quelques-unes de ces maladies sont guérissables : d'autres ne le sont pas, mais comme on ne peut à priori dire quelle peut être la cause dans tout cas particulier, il faut employer pour tous les cas les moyens de guérison. Les remèdes les plus convenables pour enlever cette maladie sont de très-doux émétiques, donnés de bonne heure et suivis de l'administration d'un demi-grain de calomel soir et matin, jusqu'à ce qu'il agisse sur les intestins, ou bien l'on peut, dans quelques cas, donner ce médicament trois fois par jour, mais il faut prendre garde de causer une forte purgation, et de pousser trop loin le mercure, de peur d'occasionner des convulsions.

La seconde espèce diffère de la première en ce que les selles sont d'une couleur foncée ou verte, indiquant qu'il n'y a point d'obstruction, ou du moins qu'il n'y a pas d'obstacle permanent au cours de la bile (1). Comme la première espèce, elle paraît bientôt après la naissance, et s'accompagne d'une grande oppression, de gémissements, de coliques et d'affections convulsives. Elle est suivie de beaucoup de danger, et elle enlève souvent l'enfant dans l'espace de quelques jours. Le calomel, donné de bonne heure à petite dose, paraîtrait être le traitement le plus convenable, et l'on devra entretenir les forces, dans tous ces cas-là, par le lait de femme donné avec la cuillère; si l'enfant ne veut pas têter, et par de petites doses de vin de Volney. — La jaunisse paraissant à une époque éloignée de la grossesse, ne demande pas une description spéciale, et elle n'est pas non plus commune.

(1) C'est seulement dans cette espèce que l'on peut admettre l'opinion qui fait dépendre la jaunisse des enfants, de l'absorption de la bile dans les intestins.

CHAPITRE XX.

DES MALADIES DU FOIE.

L'hypertrophie du foie n'est pas rare chez les enfants à la mamelle et chez ceux qui sont plus âgés; elle cause des vomissements, l'oppression dans la respiration, de la toux, de la fièvre, et quelquefois de la diarrhée; on peut sentir le foie plus gros, et descendant plus bas, ou se portant plus du côté gauche qu'il ne devrait le faire, ce qui distingue cette maladie de l'inflammation des poumons, qui s'accompagne aussi, mais pas aussi fréquemment, de vomissements (1). On ne peut dire grand'chose de satisfaisant quant au traitement; les frictions mercurielles et les vésicatoires doivent en être la principale base : on peut donner aussi l'iode.

L'hépatite, chez les enfants, s'accompagne souvent des symptômes de l'hypertrophie du foie, mais la fièvre est plus grande, et si la maladie est aiguë, on cause de la douleur quand on presse sur le foie. La maladie débute souvent par les symptômes d'un trouble de l'estomac et par des coliques, puis survient de la fièvre, accompagnée d'une toux qui est quelquefois bientôt remplacée par la jaunisse. Les selles sont souvent comme du jaune d'œuf, ou, s'il y a obstruction au passage de la bile, elles sont couleur d'argile, et l'urine est rouge, déposant un sédiment considérable. En examinant le corps des enfants qui sont morts de cette maladie, on trouve souvent la surface du foie, quelquefois seulement celle qui est convexe, d'un rouge foncé, avec une exsudation d'une lymphe blanche, ressemblant exactement à la pellicule

(1) En examinant le foie, on le trouve quelquefois mou, pas très-altéré dans son tissu, quelquefois dur et presque cartilagineux; les conduits biliaires indurés et obstrués, de sorte que la secrétion de la bile n'a pas lieu et que la vésicule biliaire devient plissée. Cet état ne peut s'accompagner de jaunisse.

d'une partie soumise à l'action d'un vésicatoire ; entre le foie et le diaphragme, l'on trouve un liquide blanc floconneux, un peu comme du pus, et l'on remarque souvent dans les intestins une matière semblable, mêlée à des portions de lymphe d'un aspect graisseux ; le foie n'est pas nécessairement hypertrophié ni sa substance affectée. L'estomac et les intestins ne sont pas enflammés, mais quelquefois ils ont un aspect blanchâtre, et renferment un liquide comme de la crème peu épaisse. La bile n'a pas changé de couleur. Dans quelques cas d'inflammation chronique, le foie est un peu hypertrophié, d'une couleur foncée, et les veines sont gonflées. Les sangsues, les petits vésicatoires, et de doux laxatifs mercuriels constituent les moyens de guérison.

Chez les enfants plus âgés, on voit l'hépatite commencer, soit d'une manière aiguë, soit lentement. Quand elle revêt la forme aiguë, l'enfant, probablement après avoir trop mangé, ou après avoir fait quelque écart dans le régime, ou après s'être exposé au froid, se plaint d'une douleur violente dans la partie supérieure du ventre, comme des coliques, accompagnée de maux de cœur et de vomissements, et escortée ou remplacée par de la fièvre, par une petite toux, et par une douleur, tantôt obscure, tantôt forte, dans le flanc droit, affectant de temps en temps l'épaule. Il survient aussi fréquemment une jaunisse qui dure quelques jours ; il y a de la soif, perte d'appétit, mais l'enfant éprouve continuellement une sensation comme s'il avait mangé trop ; il pousse souvent des cris aigus, et accuse de la douleur quand on lui presse le foie. Si les remèdes n'arrêtent pas la maladie, le foie augmente de volume, et sa région est remplie. Il se forme un abcès accompagné d'un frisson irrégulier, de symptômes de la fièvre hectique, d'un sédiment abondant, couleur œillet, dans l'urine. Au bout de quelques semaines, souvent après un temps plus court, le patient sent une odeur comme d'œufs pourris, qu'il croit provenir de l'estomac. Puis il rend en toussant un peu de matière fétide, qui est suivie d'une expectoration abondante, ou bien il rejette du pus, comme s'il le vomissait de l'estomac. La toux et l'expectoration, avec les symptômes de la fièvre hectique, durent long-temps ; à la fin ils diminuent et disparaissent.

Dans la première période la saignée, si on y a recours à l'instant, peut être utile, mais non si elle est différée. Les sangsues sont plus sûres à une période plus avancée. De petits vésicatoires conviennent toujours. On devra ouvrir largement les voies intestinales, et ensuite employer les mercuriaux. L'iode paraît être aussi utile quand la maladie rêvet la forme chronique ; l'on peut aussi employer, après ce médicament et le mercure, une solution de muriate de chaux. Dans la période des apparitions, on ne devra pas employer de mercure, mais on supportera les forces par une nourriture convenable. Dans la période d'expectoration, il est nécessaire de suivre le même traitement en y ajoutant les toniques, tels que les ferrugineux associés à de la myrrhe, et de temps en temps des opiacés. Il est avantageux d'envoyer promptement le malade à la campagne si le temps est doux. Quelquefois l'abcès fait saillie à l'extérieur, ou bien il s'ouvre dans l'estomac et dans les intestins, après qu'une adhérence s'est établie ; ou bien je l'ai vu s'ouvrir dans la cavité abdominale et le pus s'y accumuler formant une tumeur comme l'ascite, s'ouvrant à la fin par l'ombilic qui s'enflammait ; ou bien on lui a donné issue au moyen du trois-quarts et la guérison a été effectuée. J'ai, dans le onzième chapitre de cet ouvrage, indiqué cette terminaison, qui se montra aussi après un certain degré d'inflammation du péritoine. — L'espèce plus lente ou plus chronique peut être occasionnée par une torpeur de tous les viscères chylifères produite par un mauvais état des intestins ou par d'autres causes ; ou elle peut se montrer après quelque autre maladie, telle que la péripneumonie, la scarlatine, etc. L'enfant éprouve des maux de cœur ; il vomit de la bile le matin, et perd l'appétit. Ou s'il a envie de quelque espèce particulière d'aliments, ou s'il a faim parfois, il ne peut avaler lorsqu'il prend la nourriture, ou il est à l'instant rassasié. Les forces diminuent, les intestins sont languissants, et les fèces blanches, dans quelques cas bilieuses, ou foncées et fétides ; dans d'autres il y a une toux sèche continuelle, et une envie de cracher. Le pouls est fréquent ; la partie supérieure du ventre devient ballonnée la nuit, mais il y a peu ou point de douleur dans la région du foie ; si elle se fait sentir, elle est plutôt attribuée aux intestins. De temps en temps une forte douleur, comme des coliques, se fait sentir près l'estomac, sur-

tout la nuit, et cette partie du ventre est tuméfiée alors, mais vers le matin elle s'affaisse. Cependant, quand on examine, on trouve la région hypochondriaque remplie; l'on peut sentir le foie qui s'étend vers le côté gauche, et la pression cause de la douleur, quelquefois des maux de cœur. L'urine est très-colorée, les pieds gonflent la nuit, et la face est recouverte d'une légère teinte hectique. Si la maladie n'est pas arrêtée, elle marche vers la suppuration, produisant une fièvre hectique bien distincte, qui se termine par la mort si la matière ne s'écoule pas au dehors. Ou bien, il est possible que l'irritation devienne mortelle même sans suppuration. De petits vésicatoires appliqués à plusieurs reprises, des laxatifs et des frictions mercurielles, forment le traitement, joints à l'iode ou au muriate du chaux et à la salsepareille. On donnera des diurétiques s'il y a des symptômes d'hydropisie. — La rate est souvent hypertrophiée et renferme quelquefois des tubercules. Je ne connais pas d'autre symptôme de diagnostic que le gonflement et la dureté du ventre dans la région de la rate. Souvent une toux accompagne cet état. Les laxatifs amers et les vésicatoires sont les meilleurs remèdes; mais la plupart des cas que j'ai observés sont devenus mortels.

CHAPITRE XXI.

DE LA FIÈVRE.

La fièvre est une maladie fréquente dans l'enfance et dans la jeunesse, mais elle est généralement symptomatique et produite par quelque irritation locale. Elle a été décrite dans les premiers chapitres, surtout dans le chapitre qui traite des affections de la moelle et du cerveau. La fièvre typhoïde est extrêmement rare chez les enfants, mais elle est quelquefois communiquée à des enfants âgés de plusieurs années. On la reconnaît en suivant la trace de l'infection. L'enfant est d'abord languissant, pâle, il a du frisson et de la faiblesse; il y a perte d'appétit, la tête devient douloureuse, la peau chaude, la langue chargée, les yeux ternes ou animés, et le pouls est très-fréquent; s'il ne survient pas une crise favorable, une grande oppression suivie de stupeur annonce l'approche de la mort. Dans le cours de la maladie, les intestins sont généralement constipés, les selles fétides et l'urine épaisse. Cette affection requiert de bonne heure l'emploi des émétiques dans la période de froid, suivis du julep salin. Si cependant la période de chaleur est entièrement établie, et si la chaleur est considérable, il sera bon d'éponger la peau avec de l'eau froide, et de donner ensuite des purgations de calomel et le julep salin avec une nourriture légère ou composée de fruits mûrs. Il est essentiel que l'air circule librement dans la chambre. La peau, pendant la durée de la maladie, surtout chez les pauvres, devra être épongée tous les jours avec de l'eau tiède, et l'on changera fréquemment les draps. Si la tête est très-douloureuse pendant la première période, l'application de sangsues au front et les laxatifs seront convenables; ou si le pouls est plein, on pourra faire une petite saignée. Si la douleur persiste, ou s'il survient de la stupeur, ou un assoupissement continuel, les vésicatoires pourront convenir. On supportera les forces, sur la fin de la maladie, par un usage modéré du vin. La toux en général requiert un petit vésicatoire appliqué sur la poitrine, et l'*emploi des expectorants*.

FIN DU TRAITÉ DES ACCOUCHEMENTS DE BURNS.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS CE VOLUME.

PAG.

Préface. 1

TRAITÉ DES ACCOUCHEMENTS. 3

De la structure, des fonctions et des maladies du bassin et du système utérin, dans l'état de non-gestation et pendant la gestation. ib.

Chap. Ier. — Des os du bassin. ib.

Section Ire. — Coup-d'œil général. ib.

Section II. — De l'os innominé. 4

Section III. — Du sacrum et du coccyx. 5

Chap. II. — De l'articulation des os du bassin et de leur séparation occasionnelle. 6

Section Ire. — De la symphyse du pubis. ib.

Section II. — Articulation sacro-iliaque. ib.

Section III. — Articulation vertébrale et obliquité du bassin. 7

Section IV. — Séparation des os. ib.

Chap. III. — Des parties molles du bassin. 11

Section Ire. — Des muscles. ib.

Section II. — Des artères du bassin. 13

Section III. — Des nerfs du bassin. ib.

Section IV. — Vaisseaux lymphatiques du bassin. 14

Chap. IV. — Des dimensions du bassin. ib.

PAG.

Section Ire. — Détroits supérieur et inférieur. 14

Section II. — Cavité pelvienne. 15

Section III. — Du bassin au-dessus du détroit supérieur. 16

Section IV. — De l'axe des détroits supérieur et inférieur. 17

Chap. V. — De la tête de l'enfant et de sa marche à travers le bassin pendant le travail. ib.

Section Ire. — Os de la tête. ib.

Section II. — Volume de la tête. ib.

Section III. — Passage de la tête. 18

Chap. VI. — De l'étroitesse et de la difformité du bassin. 20

Section Ire. — Difformité causée par le rachitisme. ib.

Section II. — Difformité causée par le ramollissement des os. 21

Section III. — Difformité de bassin produite par des exostoses et des tumeurs. 23

Section IV. — Moyens de déterminer le volume et les dimensions de la tête, préalablement à son broiement. 25

Chap. VII. — De l'augmentation de la capacité du bassin. 26

Chap. VIII. — Des organes extérieurs de la génération. 27

Section Ire. — Aperçu général. ib.

PAG.

Section II. — Des grandes et petites lèvres. 27
Section III. — Du clitoris. ib.
Section IV. — De l'urètre et de la vessie. 28
Section V. — De l'orifice du vagin et de la membrane hymen. 29
Section VI. — Du périnée. 30
Chap. IX. — Des organes intérieurs de la génération et du rectum. 31
Section Ire. — Du vagin. ib.
Section II. — De l'utérus et de ses annexes. 32
Section III. — Du rectum. 38
Chap. IX. — Des maladies des organes de la génération. 39
Section Ire. — Abcès des grandes lèvres. ib.
Section II. — Ulcération des grandes lèvres. 40
Section III. — Excroissances des grandes lèvres. 42
Section IV. — Tumeurs squirrheuses. ib.
Section V. — Tumeurs polypeuses. ib.
Section VI. — Œdème des grandes lèvres. 43
Section VII. — Hernie, déchirure des grandes lèvres, etc. ib.
Section VIII. — Maladies des nymphes. ib.
Section IX. — Maladies du clitoris. 45
Section X. — Maladies de la membrane hymen. 46
Section XI. — Déchirure du périnée. 47
Section XII. — Imperfection du vagin. 49
Section XIII. — Inflammation et gangrène du vagin. 50
Section XIV. — Induration, ulcération et polypes. 51
Section XV. — Inversion du vagin. ib.
Section XVI. — Tumeur liquide. 52
Section XVII. — Hernie vaginale. ib.
Section XVIII. — Tumeur enkystée et varices. 53
Section XIX. — Tumeur spongieuse. ib.
Section XX. — Inflammation érysipélateuse. 54
Section XXI. — Des flueurs blanches. 55
Section XXII. — Maladies de la vessie. 59
Section XXIII. — Excroissances de l'urètre. 63

PAG.

Section XXIV. — Absence et vices de conformation de l'utérus. 64
Section XXV. — Métrite aiguë et chronique. 65
Section XXVI. — Excès de sensibilité de l'utérus. 69
Section XXVII. — Ulcération de l'utérus, excroissances en forme de choux-fleurs. ib.
Section XXVIII. — Cancer squirrheux de la matrice. 72
Section XXIX. — Tubercules de la matrice. 76
Section XXX. — Tumeur spongieuse de la matrice. 78
Section XXXI. — Calculs de la matrice. 79
Section XXXII. — Polypes de la matrice. ib.
Section XXXIII. — Polypes malins ou vivaces. 83
Section XXXIV. — Môles. 84
Section XXXV. — Hydatides. 85
Section XXXVI. — Écoulement aqueux et hydropisie. 87
Section XXXVII. — Vers. 88
Section XXXVIII. — Tympanite. ib.
Section XXXIX. — Prolapsus de l'utérus. ib.
Section XL. — Hernie de la matrice. 95
Section XLI. — Hydropisie de l'ovaire. ib.
Section XLII. — Maladies des ovaires. 103
Section XLIII. — Absence des ovaires. 105
Section XLIV. — Maladie des trompes et des ligaments. ib.
Chap. XI. — De la menstruation. ib.
Chap. XII. — De l'hystérie. 107
Chap. XIII. — Des états maladifs de la menstruation. 110
Section Ire. — Aménorrhée. ib.
Section II. — Formation d'un tissu organique. 115
Section III. — Dysménorrhée. 116
Section IV. — Menstruation abondante. 117
Section V. — Métrorrhagie. ib.
Chap. XIV. — De la cessation des menstrues. 123
Chap. XV. — De la conception. 124

PAG.

Chap. XVI. — De l'utérus dans l'état de grossesse. 127
Section Ire. — Volume et position de l'utérus. ib.
Section II. — Développement de l'utérus, état de son col. ib.
Section III. — Fibres musculaires. 128
Section IV. — Ligaments. ib.
Section V. — Des vaisseaux de la matrice. 129
Section VI. — Du fœtus. ib.
Section VII. — Des particularités du fœtus. 132
Section VIII. — Ovologie ou développement de l'embryon. 135
Section IX. — Membranes caduques. 142
Section X. — Le chorion. ib.
Section XI. — L'amnios. 143
Section XII. — Le placenta. ib.
Section XIII. — Du cordon ombilical. 146
Chap. XVII. — De la stérilité. 147
Chap. XVIII. — De la grossesse extra-utérine. 148
Section Ire. — Symptômes, progrès et espèces. ib.
Section II. — Traitement de la grossesse extra-utérine. 155
Chap. XIX. — Des signes de la grossesse. 157
Chap. XX. — Des maladies des femmes enceintes. 160
Section Ire. — Effets généraux. ib.
Section II. — État fébrile. 162
Section III. — Vomissements. 163
Section IV. — Aigreurs d'estomac. 165
Section V. — Dépravation du goût. 166
Section VI. — Spasmes de l'estomac et du duodénum. ib.
Section VII. — De la constipation. ib.
Section VIII. — De la diarrhée. 167
Section IX. — Hémorrhoïdes. 168
Section X. — Maladies de la vessie. ib.
Section XI. — De la jaunisse. 169
Section XII. — Pétéchies. ib.
Section XIII. — Des palpitations. 170
Section XIV. — De la syncope. ib.
Section XV. — De la dyspnée et de la toux. 171
Section XVI. — De l'hémoptysie et de l'hématémèse. ib.
Section XVII. — Du mal de tête et des convulsions. 171
Section XVIII. — Du mal de dents. 172
Section XIX. — De la salivation. 173
Section XX. — Mastodynie. ib.
Section XXI. — De l'œdème. ib.
Section XXII. — De l'ascite. 174
Section XXIII. — De la surabondance de l'amnios. ib.
Section XXIV. — De l'écoulement aqueux. 176
Section XXV. — Des veines varicqueuses. 177
Section XXVI. — Douleurs musculaires. ib.
Section XXVII. — Du spasme des uretères. ib.
Section XXVIII. — Des crampes. ib.
Section XXIX. — De la douleur, des spasmes et de l'inflammation de la matrice. 178
Section XXX. — Des mouvements désordonnés de l'enfant. ib.
Section XXXI. — Distension de l'abdomen. ib.
Section XXXII. — De la hernie. 179
Section XXXIII. — De la tristesse. ib.
Section XXXIV. — De la rétroversion de l'utérus. 180
Section XXXV. — De l'antéversion de la matrice. 187
Section XXXVI. — Rupture de l'utérus. 188
Section XXXVII. — Des fausses couches et du traitement des femmes enceintes. 191
Section XXXVIII. — De l'hémorrhagie utérine. 212
Section XXXIX. — Des fausses douleurs. 235

LIVRE II.

De l'enfantement. 237
Chap. Ier. — De la classification des accouchements. ib.
Chap. II. — De l'accouchement naturel. 239
Section Ire. — Périodes du travail. ib.
Section II. — Durée du travail. 242
Section III. — De l'examen du col. 244
Section IV. — Des causes du travail. 250
Section V. — Conduite à tenir pendant le travail. 251

PAG.

Chap. III.—De l'accouchement prématuré. 258

Chap. IV.—De l'accouchement contre nature. 260

Section ire. — Présentation des fesses. ib.

Section ii. — Présentation des extrémités inférieures. 263

Section iii. — Présentation des extrémités supérieures. 264

Section iv.— Présentation du tronc. 271

Section v. — De la mauvaise position de la tête, présentation de la face, etc. ib.

Section vi. — Du cordon ombilical. 275

Section vii. — De la pluralité des enfants et des monstres. ib.

Chap. V. — De l'accouchement laborieux. 278

Section ire. — De l'accouchement laborieux causé par quelque imperfection ou quelque irrégularité dans l'action musculaire. ib.

Section ii. — De l'accouchement laborieux dépendant de quelque obstacle mécanique. 290

Chap. VI. — De l'accouchement par les instruments. 294

Section ire. — Des cas qui admettent l'application du forceps ou du levier. ib.

Section ii. — Des cas qui réclament le crochet. 314

Chap. VII. — De l'accouchement impraticable. 322

Chap. VIII. — De l'accouchement compliqué. 326

Section ire.—Accouchement accompagné d'une hémorrhagie utérine. ib.

Section ii. — Hémorrhagie d'organes autres que la matrice. 327

Section iii. — De la syncope. ib.

Section iv. — Des convulsions. ib.

Section v. — Accouchement compliqué de rupture de la matrice. 334

Section vi. — Accouchement compliqué d'une suppression d'urine. 340

LIVRE III.

Des maladies suites de couches. 341

Chap. Ier. — De la conduite à tenir après la délivrance. ib.

PAG.

Chap. II. — De l'hémorrhagie utérine 343

Chap. III. — De l'inversion et de la rétroflexion de l'utérus. 352

Chap. IV. — Des douleurs puerpérales. 357

Chap. V. — De l'hystéralgie. 358

Chap. VI. — De la rétention d'une partie du placenta. 359

Chap. VII. — De la strangurie. 360

Chap. VIII. — De la pneumonie. 361

Chap. IX. — Des maladies spasmodiques et nerveuses. ib.

Chap. X. — De la fièvre éphémère et de la fièvre rémittente. 363

Chap. XI. — De la fièvre de lait. 366

Chap. XII. — De la fièvre miliaire. ib.

Chap. XIII. — De la fièvre intestinale. 367

Chap. XIV.— Remarques générales sur l'inflammation abdominale dans l'état puerpéral. 368

Chap. XV. — De l'inflammation de la matrice. 370

Chap. XVI.— De l'inflammation du péritoine. 375

Chap. XVII. — De la fièvre puerpérale maligne. 379

Chap. XVIII. — Du gonflement de la jambe. 385

Chap. XIX. — De la paralysie. 389

Chap. XX. — De la manie et de la frénésie puerpérales. ib.

Chap. XXI. — Du bronchocèle. 393

Chap. XXII. — De la diarrhée. 394

Chap. XXIII. — De l'inflammation du sein et de l'excoriation des mamelons. 394

Chap. XXIV. — De la tympanite. 399

Chap. XXV. — Des signes qui indiquent qu'une femme est accouchée récemment. 400

LIVRE IV.

Des soins qu'il faut donner aux enfants et du traitement de leurs maladies. 402

Chap. Ier. — Des soins à donner à l'enfant. ib.

Section ire. — De la séparation de l'enfant, de la conduite à tenir envers les enfants morts-nés, et des

PAG

marques qui indiquent qu'ils n'ont pas respiré. 402
Section II. — De la propreté, de l'habillement, et de la température qui convient aux enfants. 407
Section III. — De la nourriture des enfants. 408
Chap. II. — Des maladies congénitales et chirurgicales. 411
Section Ire. — Du bec de lièvre. ib.
Section II. — Imperforation de l'anus, de l'urètre, etc. ib.
Section III — Hernie ombilicale. 412
Section IV. — Spina bifida. 413
Section V. — Des taches de la peau. ib.
Section VI. — Gonflement du crâne. 414
Section VII. — Des pieds-bots. ib.
Section VIII. — Du frein de la langue. ib.
Section IX. — Mauvaise conformation du cœur. ib.
Section X. — Gonflement des seins, hydrocèle, prolapsus de l'anus, hémorrhagie ombilicale, excoriations, incontinence d'urine, brûlure, douleur d'oreille, chez les enfants. 415
Section XI. — Écoulement fétide par le nez. 417
Section XII. — Ophthalmie. 418
Section XIII. — Affection fongueuse de l'œil, mélanos. ib.
Section XIV. — Des scrofules. 419
Section XV. — Du rachitisme. ib.
Chap. III. — De la dentition. 420
Chap. IV. — Des maladies cutanées. 422
Section Ire. — Strophulus intertrinctus. 423
Section II. — Strophulus albidus (erythema albidum). 424
Section III. — Strophulus confertus. ib.
Section IV. — Strophulus candidus. 425
Section V. — Lichen. ib.
Section VI — Intertrigo. 426
Section VII. — Éruptions anormales, pustules et furoncles. ib.
Section VIII. — Du pompholyx et du pemphigus. 427
Section IX. — De la miliaire. ib.
Section X. — Du prurigo. 428
Section XI. — De la gale. ib.
Section XII. — De l'herpès. 429

PAG.

Section XIII. — De l'impetigo. 431
Section XIV. — De l'ichthyosis. 432
Section XV. — De la lèpre. ib.
Section XVI. — Du psoriasis. 433
Section XVII. — Du pityriasis. 434
Section XVIII. — Du porrigo. 435
Section XIX. — Des croûtes provenant de la vermine. 439
Section XX. — De l'alopécie et de l'ophiasis. ib.
Section XXI. — Du pourpre et des pétéchies. ib.
Section XXII. — De l'érysipèle et de l'érythème. 440
Section XXIII. — Des excoriations derrière les oreilles. 442
Section XXIV. — Ulcération des gencives. ib.
Section XXV. — Érosion de la joue, ulcération gangréneuse des parties génitales. 443
Section XXVI. — Des aphthes. 445
Section XXVII. — Des aphthes situés sur les amygdales. 448
Section XXVIII. — Stomatite maligne, aphtheuse ou putride, accompagnée souvent du croup. ib.
Section XXIX. — Excoriation de la langue, des gencives et des lèvres. 449
Section XXX. — De la syphilis. ib.
Section XXXI. — De l'induration de la peau. 452
Section XXXII. — De la petite vérole. 453
Section XXXIII. — Du vaccin. 457
Section XXXIV. — De la varicelle. 459
Section XXXV. — De l'urticaire. 461
Section XXXVI. — De la scarlatine. ib.
Section XXXVII. — De la rougeole. 466
Section XXXVIII. — De la roséole. 469
Chap. V. — De l'irritation et de la congestion cérébrale et spinale. 470
Chap. VI. — De l'hydrocéphale. 486
Chap. VII. — Des convulsions et de l'éclampsie. 495
Chap. VIII. — De la chorée et de la paralysie. 499
Chap. IX. — Du croup. 501
Chap. X. — De la coqueluche. 509
Chap. XI. — Du catarrhe, de la bronchite, de l'inflammation de la plèvre, de l'estomac et des intestins chez les enfants. 512

	PAG.		PAG.
Chap. XII. — Du vomissement.	515	Chap. XVII. — Du carreau.	524
Chap. XIII. — De la diarrhée.	516	Chap. XVIII. — Des vers.	526
Chap. XIV. — De la constipation.	522	Chap. XIX. — De la jaunisse.	527
Chap. XV. — Des coliques.	523	Chap. XX. — Des maladies du foie.	528
Chap. XVI. — Du marasme.	ib.	Chap. XXI. — De la fièvre.	530

FIN DE LA TABLE.